

Accord relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire ont conclu le 4 juin 2015 un accord fixant les contours du régime de frais de santé des salariés intérimaires à la suite duquel ils ont procédé à un appel d'offres en vue de choisir un opérateur de gestion et à une mise en concurrence en vue de recommander deux assureurs. Les partenaires sociaux décident de donner au régime de frais de santé le nom « intérimaires santé ».

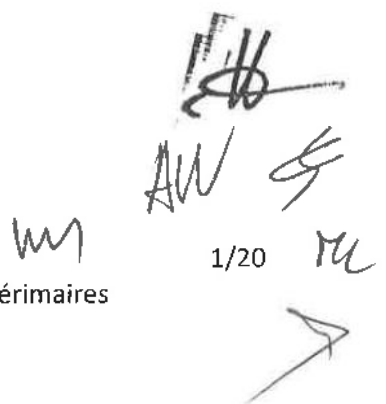
Le présent accord désigne l'opérateur de gestion choisi et recommande les assureurs retenus.

Le présent accord est négocié dans le contexte de l'examen par le Parlement du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (PLFSS), dont l'article 34 met en œuvre des dispositions nouvelles relatives aux modalités de couverture des frais de santé des salariés en contrats de mission de courte durée. Ces dispositions seront complétées par des décrets d'application qui seront publiés après la signature du présent accord qui, en conséquence, devra être révisé.

Les partenaires sociaux conviennent donc dès à présent de se réunir dans les meilleurs délais après la publication de ces textes, afin d'adapter les dispositions du présent accord, d'apporter les compléments nécessaires et d'examiner les décisions à prendre.

Les partenaires sociaux décident d'ouvrir des négociations à l'initiative de la partie la plus diligente en cas de remise en cause par la loi, le règlement, et/ou les interprétations administratives et jurisprudentielles :

- de la définition de l'affiliation obligatoire des salariés intérimaires totalisant plus de 414h de travail au cours des 12 derniers mois,
- du mécanisme de mutualisation de la participation de l'employeur prévue à l'article 2.1,
- de l'exonération de cotisations sociales de la part employeur de la cotisation d'assurance.


1/20

Sommaire

Article 1 - Champ d'application du régime collectif obligatoire de frais de santé des salariés intérimaires	3
Article 2 - Salariés intérimaires bénéficiaires de la couverture collective obligatoire	3
Article 3 - Dispenses d'adhésion à l'initiative du salarié intérimaire	5
Article 4 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail	6
Article 5 – Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage	6
Article 6 – Maintien des garanties (loi « Evin »)	7
Article 7 – Gestion du régime	8
Article 8 – Date de prise en charge des frais de santé couverts par le présent accord	9
Article 9 – Cotisation et répartition de la cotisation au régime collectif	9
Article 10 – Garanties du régime collectif obligatoire	10
Article 11 - Régime complémentaire facultatif	10
Article 12 – Obligation d'information	11
Article 13 –Organismes assureurs recommandés	12
Article 14 – Fonds de solidarité et de mutualisation - Engagements au titre du haut degré de solidarité	13
Article 15 – Gouvernance du régime	14
Article 16 – Entrée en vigueur - Durée	15
Article 17 – Révision et dénonciation	15
Article 18 – Dépôt et extension	16
Annexe 1 – Nature et montant des garanties du régime collectif obligatoire	17
Annexe 2 – Nature et montant de la garantie optionnelle facultative	19

Article 1 - Champ d'application du régime collectif obligatoire de frais de santé des salariés intérimaires

Le présent accord s'applique aux entreprises de travail temporaire et aux entreprises de travail temporaire d'insertion établis en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer et à leurs salariés intérimaires.

Article 2 - Salariés intérimaires bénéficiaires de la couverture collective obligatoire

2.1 – Modalités particulières pour les salariés intérimaires n'ayant pas effectué 414h de travail au cours des 12 derniers mois

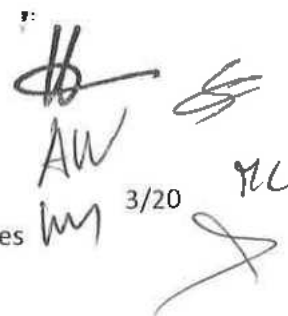
Les salariés intérimaires ne remplissant pas la condition d'ancienneté prévue à l'article 2.2 ont la possibilité de souscrire individuellement au régime facultatif mentionné à l'article 11.1.

De plus, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (PLFSS) prévoit que les salariés employés en contrat de mission, dont la durée sera définie par décret (3 mois selon l'exposé des motifs du projet de loi), et bénéficiaires d'un contrat d'assurance maladie complémentaire souscrit à titre personnel et couvrant la période du contrat de mission, auront droit, à leur demande, au versement, par leur employeur, d'une participation financière selon des modalités et dans la limite d'un plafond définis par décret.

Dans l'hypothèse où cette disposition du PLFSS serait effectivement applicable le 1^{er} janvier 2016, les partenaires sociaux conviennent qu'elle s'appliquerait aux salariés intérimaires n'entrant pas dans le régime obligatoire de branche défini par le présent accord, c'est-à-dire non visés à l'article 2.2, et dont la durée du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois.

Pour financer cette disposition du PLFSS, les partenaires sociaux décident d'instituer un mécanisme de mutualisation de la participation financière de l'employeur prévue ci-dessus, géré par le FASTT. Cette mutualisation reposera, notamment sur une fraction du fonds de solidarité mentionné à l'article 14. A cet effet les partenaires sociaux décident de porter la part de la cotisation d'assurance affectée au financement du fonds de 3% à 4% dès que les conditions techniques le permettront et au plus tard le 1^{er} juillet 2016, entraînant ainsi l'augmentation de la cotisation d'assurance de 1%.

Les parties conviennent de se réunir au cours du premier semestre 2016, après promulgation du PLFSS et publication des décrets correspondants, afin d'adapter les modalités pratiques de mise en œuvre de ce dispositif de mutualisation au niveau de la branche.



Handwritten signatures and initials, including 'AW', '3/20', and 'JLL'.

2.2 – Adhésion obligatoire des salariés intérimaires ayant effectué plus de 414h de travail au cours des 12 derniers mois

Le 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 455h est obligatoirement affilié au régime collectif et bénéficie des garanties mentionnées à l'article 10 du présent accord.

Le salarié intérimaire qui dépasse ce seuil de 414 heures de travail au cours d'un mois civil est réputé affilié au régime collectif obligatoire, et bénéficie des garanties mentionnées à l'article 10 du présent accord, le premier jour du mois civil qui suit, sans attendre le versement de la cotisation visée à l'article 9.

Toutefois, un salarié intérimaire ayant bénéficié du régime collectif de la branche en application des stipulations de l'alinéa précédent, et encore bénéficiaire de la portabilité de ses droits visée à l'article 4 du présent accord lors de sa nouvelle embauche par une entreprise de travail temporaire ou une entreprise de travail temporaire d'insertion, bénéficie des garanties mentionnées à l'article 10 et est obligatoirement affilié au 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 ;

2.3 – Adhésion obligatoire des salariés intérimaires dont la durée du contrat est supérieure à 414 heures

Par dérogation aux dispositions de l'article au 2.2, tout salarié intérimaire embauché pour un contrat de travail supérieur à 414 heures bénéficie des garanties mentionnées à l'article 10 et est obligatoirement affilié au régime collectif dès sa date d'embauche sans condition d'ancienneté. Les intérimaires embauchés en contrat de travail à durée indéterminée sont notamment visés par cette disposition.

Le présent article sera éventuellement modifié en fonction de la définition des contrats courts découlant du vote définitif du PLFSS et des décrets d'application correspondants.

Article 3 - Dispenses d'adhésion à l'initiative du salarié intérimaire

Le régime collectif institué par le présent accord est obligatoire pour tous les salariés visés aux articles 2.2 et 2.3.

Cependant, peuvent, à leur initiative et quelle que soit leur date d'embauche, se dispenser d'adhérer au présent régime, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, à condition d'avoir été préalablement informés par l'employeur, ou par l'opérateur de gestion agissant pour son compte, des conséquences de cette demande :

- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour la durée de leur prise en charge au titre de ce régime ;
- les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L 863-1 du code de la sécurité sociale, et ceci, jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette aide ;
- les salariés intérimaires en contrat de professionnalisation et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés intérimaires en contrat de professionnalisation et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

Les salariés intérimaires se prévalant d'une dispense d'adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit,
- fournir des justificatifs et renouveler leur choix chaque année.

Article 4 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien total ou partiel de rémunération, le bénéfice des garanties visées à l'article 10 est maintenu moyennant le versement par l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise de travail temporaire d'insertion des cotisations correspondantes (part employeur et part salarié).

Dans les cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas droit à maintien de la rémunération, le bénéfice des garanties est obligatoirement maintenu pendant une durée de sept mois sans versement de cotisation.

Après cette période, le salarié concerné, peut pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'opérateur de gestion visé à l'article 7.1 à continuer de bénéficier des garanties sous réserve qu'il s'acquitte seul de l'intégralité de la cotisation.

Article 5 – Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

5.1 - Portabilité conventionnelle

Le mécanisme de la portabilité légale (telle que définie par l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale) nécessite d'être adapté aux spécificités du travail temporaire : le présent accord institue une portabilité conventionnelle au profit des salariés intérimaires.

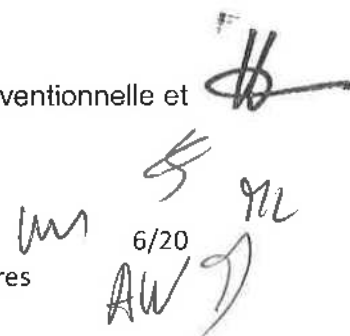
Cette portabilité conventionnelle permet aux salariés intérimaires, en cas de rupture du contrat de travail, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés intérimaires en activité, d'un maintien à titre gratuit de la couverture collective de frais de santé obligatoire (à l'exclusion du régime complémentaire facultatif visé à l'article 11) dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, quelle que soit la durée du ou des derniers contrats de travail successifs, pendant une durée forfaitaire de deux mois.

A l'issue de cette durée forfaitaire de deux mois, s'il remplit les conditions d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, le salarié intérimaire bénéficie de la portabilité conventionnelle pendant la durée de son indemnisation par le régime d'assurance chômage pour une durée supplémentaire de cinq mois, et, ensuite, s'il remplit les conditions fixées à l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale, bénéficie de la portabilité légale dans la limite totale de douze mois.

Ce maintien des garanties sera financé par un mécanisme de mutualisation intégré aux cotisations finançant le régime collectif obligatoire des salariés en activité.

5.2 – Cessation de la portabilité

Le maintien de la couverture en application des mécanismes de portabilité conventionnelle et légale cesse à l'issue de la durée forfaitaire de deux mois :

Handwritten signatures and initials, including a large signature at the top right, and initials 'AW' and 'JL' at the bottom right, with the date '6/20' written in between.



- lorsque le salarié intérimaire bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend une activité professionnelle. Cependant, à l'issue de la durée forfaitaire de deux mois, la portabilité conventionnelle peut être suspendue, à titre exceptionnel et pour une seule fois, sur demande expresse du salarié intérimaire, formulée auprès de l'opérateur de gestion mentionné à l'article 7.1 du présent accord, lorsqu'il reprend une activité professionnelle hors intérim d'une durée maximum de quatre semaines consécutives,
- dès qu'il n'est plus en mesure de justifier de son statut de demandeur d'emploi remplissant les conditions d'indemnisation par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévues par l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale,
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale,
- en cas de décès.

Article 6 – Maintien des garanties (loi « Evin »)

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « Loi Evin », et sous condition d'avoir bénéficié effectivement de la couverture collective obligatoire du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (portabilité prévue à l'article 4) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.


 AW
 7/20


Article 7 – Gestion du régime

La gestion du régime collectif obligatoire visé à l'article 10 et du régime complémentaire facultatif visé à l'article 11 est déléguée à un opérateur de gestion désigné au terme d'une procédure d'appel d'offres.

7.1 – L'opérateur de gestion désigné

L'opérateur de gestion délégué, désigné par les signataires du présent accord, est : SIACI SAINT HONORE SAS (siège social 18 rue de Courcelles 75008 Paris).

La gestion est déléguée à SIACI SAINT HONORE pour une durée initiale de trois années selon des modalités définies dans un contrat cadre.

7.2 - Missions de l'opérateur de gestion

L'opérateur concentre et consolide les données de toutes les entreprises de travail temporaires et entreprises de travail temporaire d'insertion fin de déterminer quels sont les salariés intérimaires, visés à l'article 2.2, bénéficiaires du régime institué par le présent accord.

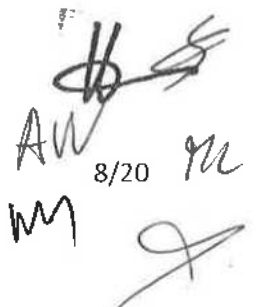
L'opérateur est en charge notamment :

- du décompte de l'ancienneté en vue de l'affiliation des salariés telle que prévue à l'article 2,
- d'informer l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise de travail temporaire d'insertion et le salarié intérimaire lorsque l'ancienneté du salarié intérimaire dans la branche approche celle mentionnée à l'article 2.2 lui ouvrant droit au bénéfice du régime collectif obligatoire institué par le présent accord,
- de l'encaissement des cotisations d'assurance et de leur reversement aux organismes assureurs recommandés visés à l'article 13,
- du versement des prestations en qualité de mandataire des organismes assureurs recommandés visés à l'article 13.

7.3 – Contribution pour le financement de l'opérateur de gestion

Toute entreprise de travail temporaire et entreprise de travail temporaire d'insertion a l'obligation de :

- contribuer à la consolidation des heures de travail et au décompte de l'ancienneté de tous les salariés intérimaires dans la branche en fournissant à l'opérateur de gestion les données nécessaires selon les modalités fixées par le contrat de prestations de services conclu entre l'opérateur de gestion et chaque entreprise,

Handwritten signatures and initials, including 'AW', '8/20', and 'M', along with a large stylized signature.

- verser à l'opérateur de gestion une contribution dont le montant est fixé, à la date de conclusion du présent accord, à 0,0284€ HT par heure de travail effectuée par chacun de ses salariés intérimaires non obligatoirement affiliés au régime collectif obligatoire visé à l'article 10, afin de financer la prestation de services de l'opérateur. La contribution est calculée sur les heures de travail soumises à cotisations de sécurité sociale telles que définies par les articles L 242-1 et suivants du code de la sécurité sociale.
Dès lors que la cotisation d'assurance visée à l'article 9 est due, cette contribution n'est plus versée.

Le montant de la contribution pourra être revu selon les modalités fixées par le contrat cadre conclu entre les partenaires sociaux de la branche et l'opérateur de gestion visé à l'article 7.1.

Article 8 – Date de prise en charge des frais de santé couverts par le présent accord

Pour les salariés visés à l'article 2.2 : la date de prise en charge des frais couverts par le régime collectif visé à l'article 10 est fixée à compter du premier jour du mois qui suit la 415ème heure de travail (hors indemnité compensatrice de congés payés) sans que la prise en charge soit conditionnée au versement de la cotisation visée à l'article 9.

Toutefois, les frais de santé couverts par les garanties du régime obligatoire visées à l'article 10 du présent accord, intervenus entre la date d'acquisition de la condition d'ancienneté de 414 heures et la date de prise en charge visée au précédent alinéa, seront pris en charge par le Fond d'Action Social du Travail Temporaire (FASTT), dans les conditions que le Comité Paritaire de Gestion de cet organisme aura fixé.

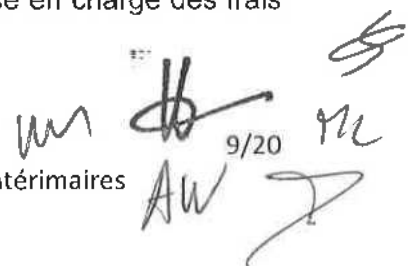
Article 9 – Cotisation et répartition de la cotisation au régime collectif

9.1 – Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation conventionnelle au régime collectif obligatoire pour les garanties visées à l'article 10 est fixée à 0,2396€/h de travail. La cotisation au régime collectif est calculée sur les heures de travail soumises à cotisations de sécurité sociale telles que définies par les articles L 242-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, la cotisation est réduite pour tenir compte des prestations servies par le régime local. Son montant est fixé à 0,1524€/h de travail.

Cette cotisation est prélevée sur le salaire brut et mentionnée sur le bulletin de paie du mois au cours duquel le salarié intérimaire bénéficie du régime (date de prise en charge des frais de santé, visée à l'article 8).



9.2 - Répartition de la cotisation

La cotisation est répartie à part égale entre l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise de travail temporaire d'insertion et le salarié intérimaire : 50% à la charge de l'entreprise et 50% à la charge du salarié intérimaire.

9.3 – Versement de la cotisation

La cotisation visée à l'article 8.1 est versée :

- pour les salariés visés à l'article 2.2 : le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il remplit la condition d'ancienneté,
- pour les salariés visés à l'article 2.3 : le premier jour du contrat.

Article 10 – Garanties du régime collectif obligatoire

10.1 - Niveau des garanties du régime collectif obligatoire

Le présent régime collectif obligatoire de frais de santé est établi dans le cadre des dispositions relatives aux contrats responsables (articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale) ainsi que dans le respect du niveau de garanties tel que défini à l'article L 911-7 et à l'article D 911-1 du code de la sécurité sociale.

La nature et le montant des garanties figurent en Annexe 1 au présent accord.

10.2 – Niveau des garanties des salariés intérimaires bénéficiaires du régime local du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle

Le niveau des garanties, défini à l'article 10.1 n'est pas différent pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. En effet, les garanties sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement du régime de base (régime local et régime de sécurité sociale).

La nature et le montant des garanties figurent en Annexe 1 au présent accord.

Article 11 - Régime complémentaire facultatif

11.1 – Régime complémentaire facultatif pour les salariés qui ne bénéficient pas du régime collectif obligatoire

S'il le souhaite, le salarié intérimaire ne remplissant pas la condition d'ancienneté visée à l'article 2, a la possibilité de souscrire individuellement un contrat avec des garanties identiques à celles visées à l'article 10.

La cotisation servant au financement de cette couverture facultative ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, est à la charge exclusive du salarié intérimaire avec l'aide, le cas échéant, d'un abondement du 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).

11.2 – Extensions complémentaires facultatives

Parallèlement au régime collectif obligatoire visé à l'article 10, le salarié intérimaire a la possibilité de souscrire individuellement à des extensions facultatives :

- lui permettant de couvrir ses ayants-droits (conjoint et/ou enfants à charge),
- lui permettant d'améliorer les prestations du régime collectif obligatoire (« garantie optionnelle facultative »).

La cotisation servant au financement de ces extensions complémentaires facultatives ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, est à la charge exclusive du salarié intérimaire avec l'aide, le cas échéant, d'un abondement du 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).

11.2.1 - Définition des ayants droit

Les ayants droits du salarié intérimaire sont :

- son conjoint ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité,
- ses enfants de moins de 21 ans à sa charge ou à celle de son conjoint ou concubin et de moins de 28 ans s'ils poursuivent leurs études ou qu'ils sont en formation en alternance,
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenu, ses enfants infirmes. A compter de plus de 28 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés comme à charge ; cependant ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

Cette définition des ayants droits est précisée dans les conditions générales qu'établiront les co-assureurs mentionnés à l'article 13.

11.2.2 - Niveau de la garantie optionnelle facultative

La nature et le montant des garanties figurent en Annexe 2 au présent accord.

Article 12 – Obligation d'information

Les partenaires sociaux considèrent qu'un niveau adapté d'information permanente des bénéficiaires du régime collectif obligatoire et du régime complémentaire institué par le présent accord est essentiel à la bonne compréhension de leurs droits et obligations, et à la réalisation des objectifs du présent accord.

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner, including a large signature, the date '11/20', and initials 'AW' and 'MC'.

Dans ce cadre, l'opérateur de gestion et les organismes assureurs doivent :

- assurer auprès des entreprises de travail temporaire et des entreprises de travail temporaire d'insertion et de leurs salariés intérimaires une communication adaptée afin de faciliter la mise en place du régime collectif obligatoire et du régime complémentaire,
- établir une notice d'information dont l'objet est de détailler les garanties et leurs modalités d'application, la transmettre à chaque entreprise par tous moyens (notamment par la voie dématérialisée) et de la mettre à jour en cas d'évolution des garanties.

Les entreprises ont l'obligation de remettre cette notice par tous moyens (notamment par la voie dématérialisée) à chaque salarié intérimaire visé aux articles 2.1 et 2.3.

Article 13 – Organismes assureurs recommandés

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés intérimaires aux garanties collectives définies par le présent accord les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès de co-assureurs recommandés, après une procédure de mise en concurrence répondant à l'ensemble des critères réglementaires, qui garantit :

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés intérimaires, sans considération notamment de l'âge et de l'état de santé,
- le bénéficiaire, pour chaque entreprise et salarié de la branche, de garanties minimales identiques.

13.1 – Choix des organismes assureurs recommandés

La procédure de mise en concurrence, a permis à la commission paritaire de procéder à la co-recommandation de deux organismes d'assurance, pour une durée maximale de cinq années.

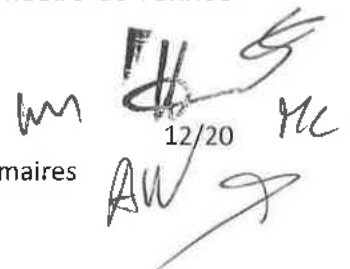
Il s'agit de :

- AG2R REUNICA prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale (siège social 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris),
- APICIL prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale (siège social 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire).

Ces organismes co-assurent les garanties obligatoires visées à l'article 10, et les garanties facultatives visées à l'article 11 du présent accord.

Afin de garantir aux salariés et à leurs ayants droits, une couverture optimale et d'assurer la meilleure efficacité possible du régime de branche, les partenaires sociaux s'engagent à procéder à une nouvelle procédure de mise en concurrence au minimum tous les cinq ans, sauf si le régime présente un déséquilibre financier marqué nécessitant dès lors une procédure de mise en concurrence anticipée.

Les partenaires sociaux conviennent de se réunir au cours du premier trimestre de l'année qui précède cette échéance quinquennale.



Handwritten signatures and the date 12/20 are present in the bottom right corner of the page.

13.2 – Organisme apériteur

Les partenaires sociaux organisent une apéritif tournante tous les deux ans. AG2R REUNICA Prévoyance est apériteur au cours des années civiles 2016 et 2017.

Article 14 – Fonds de solidarité et de mutualisation - Engagements au titre du haut degré de solidarité

Le présent accord instaure un régime conventionnel de branche obligatoire présentant un haut degré de solidarité au sens de l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Le haut degré de solidarité comprend notamment :

- la prise en charge de la part salariale de la cotisation des salariés visés à l'article 3 et souhaitant ne pas bénéficier de la dispense d'affiliation,
- la prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives consistant principalement dans l'aide sous condition de ressources au financement des couvertures facultatives mentionnées à l'article 11,
- le financement d'actions de prévention des risques professionnels dans la branche déterminées et pilotées par la CPNSST.

Pour financer ces prestations de solidarité il est créé un fonds de solidarité dédié que devront financer les salariés intérimaires et les entreprises qui choisiront de les affilier auprès des organismes assureurs recommandés.

La part de la cotisation d'assurance acquittée pour le régime obligatoire, affectée au financement de ce fonds de solidarité, est fixée à 3% minimum. Ce taux passera à 4% dès que les conditions techniques le permettront et au plus tard le 1^{er} juillet 2016, entraînant ainsi l'augmentation de la cotisation d'assurance de 1%.

Toute entreprise qui choisirait de ne pas affilier toute ou partie de ses salariés intérimaires auprès des organismes assureurs recommandés devra verser au fonds de solidarité une somme correspondant à 3% du montant de l'ensemble des cotisations d'assurances acquittées pour l'ensemble de ses salariés intérimaires au titre du régime institué dans cette entreprise. Ce taux passera à 4% dès que les conditions techniques le permettront et au plus tard le 1^{er} juillet 2016, entraînant ainsi l'augmentation de la cotisation d'assurance de 1%.

Les modalités de gestion de ce fonds et de mise en œuvre du haut degré de solidarité seront définies par le comité paritaire de gestion du FASTT.

La fraction du fonds de solidarité correspondant à la part employeur des cotisations est affectée au financement de la mutualisation du montant destiné à la prise en charge, mentionnée à l'article 2.1, d'une partie la cotisation d'assurance maladie complémentaire souscrit à titre personnel par les salariés intérimaires ne totalisant pas plus de 414 heures de travail au cours des 12 derniers mois et dont la durée du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois.

13/20
AW

Article 15 – Gouvernance du régime

15.1 – Pilotage du régime par le FASTT

En complément de la mission assurée par le Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire (FASTT), et afin d'assurer un pilotage paritaire indépendant des intervenants opérationnels, les partenaires sociaux confient au FASTT, le pilotage du régime institué par le présent accord.

Ils donnent ainsi mandat au FASTT d'agir en leur nom, en tant que maître d'œuvre, auprès des intervenants afin :

- de garantir la bonne exécution de l'accord et la bonne exécution des contrats établis avec les intervenants,
- d'apporter aux partenaires sociaux les moyens d'un pilotage effectif des paramètres du dispositif en visant notamment son équilibre financier sur le long terme,
- de veiller à un pilotage optimum du/des réserve(s) d'égalisation mises en places par les organismes assureurs, plus particulièrement en faisant en temps utile toute proposition aux partenaires sociaux composant la commission paritaire de la branche, permettant de limiter, le cas échéant, une croissance excessive de ces réserves,
- de veiller à la qualité du service rendu aux salariés intérimaires et aux entreprises. L'opérateur de gestion et les co-assureurs doivent informer le FASTT des réclamations et litiges formulés par les salariés intérimaires et les entreprises,
- d'assurer plus particulièrement la cohérence des modalités de mobilisation du Fonds de Solidarité prévu à l'article 14 avec l'ensemble des actions sociales de la branche, ainsi que l'effectivité de sa mobilisation,
- de contribuer à la bonne information des salariés intérimaires sur le dispositif,
- et, plus généralement, de faire, sur ces différents points, toute proposition utile à la commission paritaire de la branche.

Le pilotage est assuré par le comité paritaire de gestion du FASTT. Une commission paritaire spécifique est instituée, en lieu et place de la commission mutuelle du FASTT. Elle sera composée des membres du bureau du FASTT et d'un membre supplémentaire (« expert ») désigné par chacune des organisations membres du FASTT.

15.2 – Suivi du régime au cours des deux premières années (2016 et 2017)

Lors des deux premières années de mise en place du régime (2016 et 2017) les partenaires sociaux décident que la commission paritaire spécifique du FASTT se réunira trimestriellement dans le cadre de la mission définie à l'article 15-1. Elle sera informée, par l'opérateur de gestion et les co-assureurs, des réclamations et litiges formulés par les salariés intérimaires et les entreprises.

La première réunion sera consacrée à : l'établissement d'un cahier des charges fixant la nature et le calendrier des informations, et de tous les éléments d'ordre économique, financier et social nécessaires au suivi du régime, à fournir par l'opérateur de gestion et le ou les organismes assureurs recommandés.

Article 16 – Entrée en vigueur - Durée

Le présent accord constitue un avenant à l'accord fixant les contours du régime de frais de santé des salariés intérimaires conclu le 4 juin 2015 auquel il se substitue dans toutes ses dispositions, conformément à l'article L 2261-8 du code du travail. Il est conclu pour une durée indéterminée, et entre en vigueur le lendemain de sa signature.

Conformément aux dispositions des articles L 2253-1 à 2253-3 du code du travail, l'accord de branche instituant un régime de frais de santé est un thème auquel il ne peut pas être dérogé. En conséquence, aucun accord d'entreprise ou d'établissement, dérogatoire, ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du présent accord.

Le présent accord constitue un tout indivisible qui garantit l'équilibre du régime conventionnel obligatoire. Dans l'hypothèse où l'équilibre serait rompu les partenaires sociaux conviennent de se revoir pour renégocier le présent accord dans le cadre de la commission paritaire de la branche.

Article 17 – Révision et dénonciation

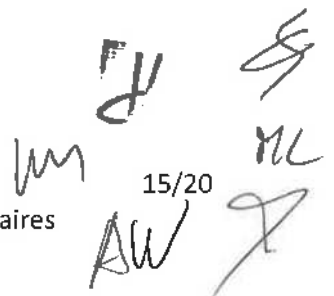
17.1 – Révision après publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ses décrets d'application

Les partenaires sociaux conviennent de se réunir dans les meilleurs délais, si nécessaire, après la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ses décrets d'application, afin d'adapter les dispositions du présent accord en le révisant, notamment pour y apporter les compléments nécessaires.

17.2 – Révision

Toute organisation signataire du présent accord peut à tout moment en demander la révision, notamment en cas de remise en cause de son équilibre financier, par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires en indiquant la ou les dispositions dont la révision est demandée en formulant une proposition de rédaction.

Dans cette hypothèse, les parties signataires se réunissent au plus tard dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre de notification.

Handwritten signatures and initials in black ink, including 'JM', 'AW', 'ML', and several other stylized marks.

17.3 - Dénonciation

Toute organisation signataire du présent accord peut le dénoncer à tout moment par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires.

En cas de dénonciation émanant de la totalité des signataires (partie patronale ou partie salariale), l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué, ou, à défaut, pendant une durée de un an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article 2261-10 du code du travail.

Article 18 – Dépôt et extension

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt et extension dans les conditions prévues aux articles L 2231-6 et L 2231-7 du code du travail.

Fait à Paris, le 14 décembre 2015

CFDT- Fédération des services

CFTC-CSFV

CFE-CGC-FNECS

Michel Auvil

USI-CGT

Alain Wozgmann

CGT FO

Marie Simon.

PRISM'EMPLOI

16/20

ANNEXE 1
NATURE ET MONTANT DES GARANTIES DU REGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE

Nature des frais	Garanties SS incluse (assiette BR)
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour établissements conventionnés SS sans limitation	100%
Frais de séjour établissements non conventionnés SS sans limitation	100%
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux pour les médecins signataires et non signataires du contrat d'accès aux soins	100%
Chambre particulière	20 € / jours (durée maximale 7 jours)
Forfait maternité	300 €
Transport	
Transport	100%
Actes médicaux	
Généralistes signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	100%
Généralistes non-signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	100%
Spécialistes signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	100%
Spécialistes non-signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	100%
Actes techniques médicaux (ATM) chez les signataires et non signataires du contrat d'accès aux soins	100%
Radiologie chez les signataires et les non signataires du contrat d'accès aux soins	100%
Auxiliaires médicaux	100%
Analyses médicales	100%
Pharmacie remboursée SS	
Pharmacie vignette blanche	100%
Pharmacie vignette bleue	100%
Pharmacie vignette orange	RSS
Dentaire	
Consultations et soins dentaires	100%
Prothèses dentaires remboursées SS (dont inlay-onlay)	200%
Prothèses dentaires non remboursées SS	-
Orthodontie prise en charge par SS	200%
Orthodontie non prise en charge par SS	-
Optique	
Plafond optique : dans la limite de 2 verres et 1 monture tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue)	

Handwritten signatures and initials:





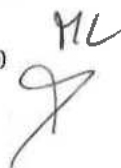

Montures et 2 verres simples *	RSS + 125 € (dont 60€ maximum pour la monture)
Monture et 1 verre simple * et 1 verre complexe / hypercomplexe **	RSS + 150 € (dont 60€ maximum pour la monture)
Monture et 2 verres complexes / hypercomplexes **	RSS + 200 € (dont 60€ maximum pour la monture)
Lentilles prises en charge SS (y compris lentilles jetables)	RSS + 50€
Autres	
Grands et petits appareillages (orthèses, prothèses médicales, prothèses auditives, orthopédie et locations d'appareils) pris en charge par SS	150%
Actes de prévention	100%

BR = base de remboursement de la sécurité sociale

RSS = remboursement de la sécurité sociale

* verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries

** verre complexe ou hypercomplexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6 ou +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries et verre multifocal ou progressif


 AWS
 18/20



ANNEXE 2
NATURE ET MONTANT DE LA GARANTIE OPTIONNELLE FACULTATIVE

Nature des frais	Régime optionnel (y compris Sécurité sociale et régime complémentaire socle)
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour établissements conventionnés SS sans limitation	100% BR
Frais de séjour établissements non conventionnés SS sans limitation	100% BR
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux pour les médecins signataires du contrat d'accès aux soins	250% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	200% BR
Chambre particulière	20 € / jour (durée maximale 7 jours)
Forfait maternité	300 €
Transport	
Transport	100% BR
Actes médicaux	
Généralistes signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	180% BR
Généralistes non-signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	160% BR
Spécialistes signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	180% BR
Spécialistes non-signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	160% BR
Actes techniques médicaux (ATM) et Radiologie chez les signataires du contrat d'accès aux soins	180% BR
Actes techniques médicaux (ATM) et Radiologie chez les non signataires du contrat d'accès aux soins	160% BR
Auxiliaires médicaux	120% BR
Analyses médicales	100% BR
Pharmacie remboursée SS	
Pharmacie vignette blanche	100% BR
Pharmacie vignette bleue	100% BR
Pharmacie vignette orange	RSS

Dentaire	
Consultations et soins dentaires (hors inlay-onlay)	100% BR
inlay-onlay	320% BR
Prothèses dentaires remboursées SS	320% BR
Orthodontie prise en charge par SS	320% BR
Optique	
Plafond optique : dans la limite de 2 verres et 1 monture tous les 2 ans (ou tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue)	
Montures et 2 verres simples	RSS + 275 € (dont 120€ maximum pour la monture)
Monture et 1 verre simple et 1 verre complexe / hypercomplexe	RSS + 300 € (dont 120€ maximum pour la monture)
Monture et 2 verres complexes / hypercomplexes	RSS + 350 € (dont 120€ maximum pour la monture)
Lentilles prises en charge SS (y compris lentilles jetables)	RSS + 125€
Autres	
Grands et petits appareillages (orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils) pris en charge par SS	150% BR
prothèses auditives prises en charge par SS	150% BR + 260 € par oreille et par an
Actes de prévention	100% BR

RENONCER À LA MUTUELLE INTÉRIMAIRES SANTÉ MODE D'EMPLOI

DEPUIS 2016, LA LOI IMPOSE AUX EMPLOYEURS DE FOURNIR UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À LEURS SALARIÉS AFIN DE FACILITER LEUR ACCÈS AUX SOINS ET LE REMBOURSEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ.

Comme tous les salariés, les intérimaires en bénéficient donc également.

INTÉRIMAIRES SANTÉ, LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES SALARIÉS INTÉRIMAIRES

La Branche du travail temporaire a mis en place Intérimaires Santé, une complémentaire santé (aussi appelée mutuelle) spécialement conçue pour répondre aux besoins des salariés intérimaires. Cette mutuelle est financée à 50% par l'agence d'emploi.

La couverture Intérimaires Santé est obligatoire et automatique



Elle débute le premier jour du mois qui suit le dépassement de 414 heures cumulées en intérim au cours des 12 derniers mois,



Ou dès la première heure travaillée pour les contrats de mission de 3 mois et plus et les CDI intérimaires

Aucun document n'est à retourner à Intérimaires Santé pour être couvert.

Renoncer à Intérimaires Santé est possible dans certains cas très précis

En principe, la mutuelle d'entreprise est obligatoire pour tous les salariés y compris les salariés intérimaires.

Mais, vous avez la possibilité de renoncer à Intérimaires Santé dans certains cas très précis (voir page suivante).



1. La demande de dispense est à votre initiative,



2. Elle doit être formulée dans les meilleurs délais, idéalement au moment de votre affiliation automatique auprès d'Intérimaires Santé,



3. Vous devez joindre le ou les justificatif(s) demandé(s).



LES CAS DE DISPENSE À INTÉRIMAIRES SANTÉ

Si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes, vous pouvez renoncer à Intérimaires Santé et demander une dispense.

Ma situation	Justificatifs à fournir
<p>Je bénéficie déjà d'une mutuelle individuelle (complémentaire santé individuelle)</p> <p>À noter : votre dispense sera valable jusqu'à la date d'échéance de votre contrat individuel. À la date d'échéance, si vous bénéficiez d'un nouveau contrat de mission (et non d'un avenant de prolongation) depuis votre demande de dispense initiale, vous pourrez renouveler votre demande de dispense pour une année supplémentaire, en transmettant le justificatif à Intérimaires Santé. Si vous êtes en contrat à durée indéterminée, vous ne pourrez donc pas renouveler votre dispense.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Attestation d'assurance mentionnant la date de souscription et la date d'échéance (ou de « tacite reconduction ») de votre contrat actuel de mutuelle individuelle
<p>Je bénéficie déjà d'une mutuelle obligatoire en tant que salarié d'une autre entreprise</p> <p>À noter : transmettez chaque année votre justificatif à Intérimaires Santé pour continuer à être dispensé.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Attestation employeur avec votre(vos) nom(s), prénom(s) et la date de votre embauche
<p>Je suis déjà couvert par la mutuelle d'entreprise d'un membre de ma famille (en tant que conjoint, partenaire de PACS, enfant) et l'adhésion à cette mutuelle pour les membres de la famille est obligatoire</p> <p>À noter : si l'adhésion à la mutuelle pour les membres de la famille est facultative, il ne sera pas possible de demander une dispense pour ce motif.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Attestation employeur datée précisant que la couverture des membres de la famille (dit ayants-droits) est obligatoireOU• Attestation de mutuelle datée précisant que la couverture des ayants droit est obligatoire <p>Le justificatif doit mentionner le(s) nom(s) et prénom(s) du(des) ayant(s) droit et la date de souscription.</p>
<p>Je bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire</p> <p>À noter : transmettez votre justificatif à Intérimaires Santé à chaque renouvellement de l'aide pour continuer à être dispensé.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Attestation de droits à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) mentionnant la date de début et la date de fin des droits. <p>L'attestation est téléchargeable sur votre Espace Personnel sur www.ameli.fr</p>
<p>Je suis apprenti(e) ou en contrat de professionnalisation, titulaire d'un contrat de mission d'au moins 12 mois et je suis déjà couvert(e) par une mutuelle individuelle</p> <p>À noter : votre dispense sera valable jusqu'à la date d'échéance de votre contrat individuel. À la date d'échéance, si vous bénéficiez d'un nouveau contrat de mission (et non d'un avenant de prolongation) depuis votre demande de dispense initiale, vous pourrez renouveler votre demande de dispense pour une année supplémentaire, en transmettant le justificatif à Intérimaires Santé.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Copie de mon contrat de professionnalisation (cerfa n°12424*02) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none">• Attestation d'adhésion au contrat de complémentaire santé individuelle <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none">• Copie de mon contrat d'apprentissage (cerfa n°10103*05) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none">• Attestation d'adhésion au contrat de complémentaire santé individuelle
<p>Je suis apprenti(e) ou en contrat de professionnalisation, titulaire d'un contrat de mission de moins de 12 mois</p>	<ul style="list-style-type: none">• Copie de mon contrat de professionnalisation (cerfa n°12424*02) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none">• Copie de mon contrat d'apprentissage (cerfa n°10103*05)
<p>Je suis déjà couvert par le régime local d'Alsace-Moselle</p>	<ul style="list-style-type: none">• Attestation de la Sécurité sociale mentionnant le régime local Alsace-Moselle <p>Attestation téléchargeable sur votre Espace Personnel sur www.ameli.fr</p>
<p>Je suis déjà couvert par le Régime Complémentaire d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières (CAMIEG).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Attestation de couverture CAMIEG <p>L'attestation est téléchargeable sur votre Espace Personnel sur www.camieg.fr</p>
<p>Je suis déjà couvert par la mutuelle des agents de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale</p>	<ul style="list-style-type: none">• Attestation de couverture de la fonction publique
<p>Je suis déjà couvert par le contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants</p>	<ul style="list-style-type: none">• Attestation datée d'affiliation à un contrat d'assurance de groupe, dit « Madelin », y compris en tant qu'ayant droit (conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfant)

EFFECTUER UNE DEMANDE DE DISPENSE



En ligne, pour plus de rapidité, 7j/7, 24h/24

Pour un traitement plus rapide, nous vous conseillons de transmettre votre demande de dispense directement depuis le site [Intérimaires Santé](https://salarie.interimairessante.fr) :

1. Je me connecte à mon **Espace Intérimaire** : <https://salarie.interimairessante.fr/connexion.html>
2. Je clique sur **Mon affiliation ou ma demande de dispense**
3. Je clique sur **Émettre une nouvelle demande**
4. Je clique sur **Demander une dispense**
5. Je complète toutes les étapes de ma demande et je joins le(s) justificatif(s) qui correspond(ent) à ma situation.



Ou bien par courrier

Il est également possible d'adresser votre demande de dispense par courrier :

1. Je télécharge le formulaire de renonciation
2. Je l'envoie à Intérimaires Santé avec le(s) justificatif(s) qui correspond(ent) à ma situation à :

Intérimaires Santé - Département affiliations
43 rond-point de l'Europe
51430 BEZANNES

Une réponse vous sera envoyée par e-mail une fois que votre dossier sera traité.

LE DÉBUT DE LA DISPENSE

Si votre demande de dispense est validée, celle-ci **prendra effet à la date de réception de votre dossier complet (demande + pièces justificatives)** par Intérimaires Santé :



Dossier reçu jusqu'au 20 du mois inclus : prise d'effet dès le 1^{er} jour du mois en cours.

Exemple : pour une demande de dispense complète reçue le 15 juillet, la date du début de ma dispense est le 1^{er} juillet.



Dossier reçu à partir du 21 du mois : prise d'effet au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de votre dossier complet.

Exemple : pour une dispense reçue le 22 juillet, la date de début de ma dispense est le 1^{er} août.

Toute demande (même complète et valide) ne pourra être appliquée aux mois qui précèdent la réception de votre dossier.



Les cotisations déjà prélevées sur votre bulletin de paie avant la date d'effet de votre dispense ne pourront pas être remboursées.

Exemple : je suis affilié, depuis le 1^{er} janvier, à Intérimaires Santé.

J'ai effectué ma demande de dispense le 10 mars. La date de début de ma dispense est le 1^{er} mars.

Cette dispense aurait pu s'appliquer dès le 1^{er} janvier, si j'avais effectué ma demande entre le 1^{er} et le 20 janvier (inclus).

Les cotisations déjà prélevées en janvier et février ne pourront pas être remboursées.

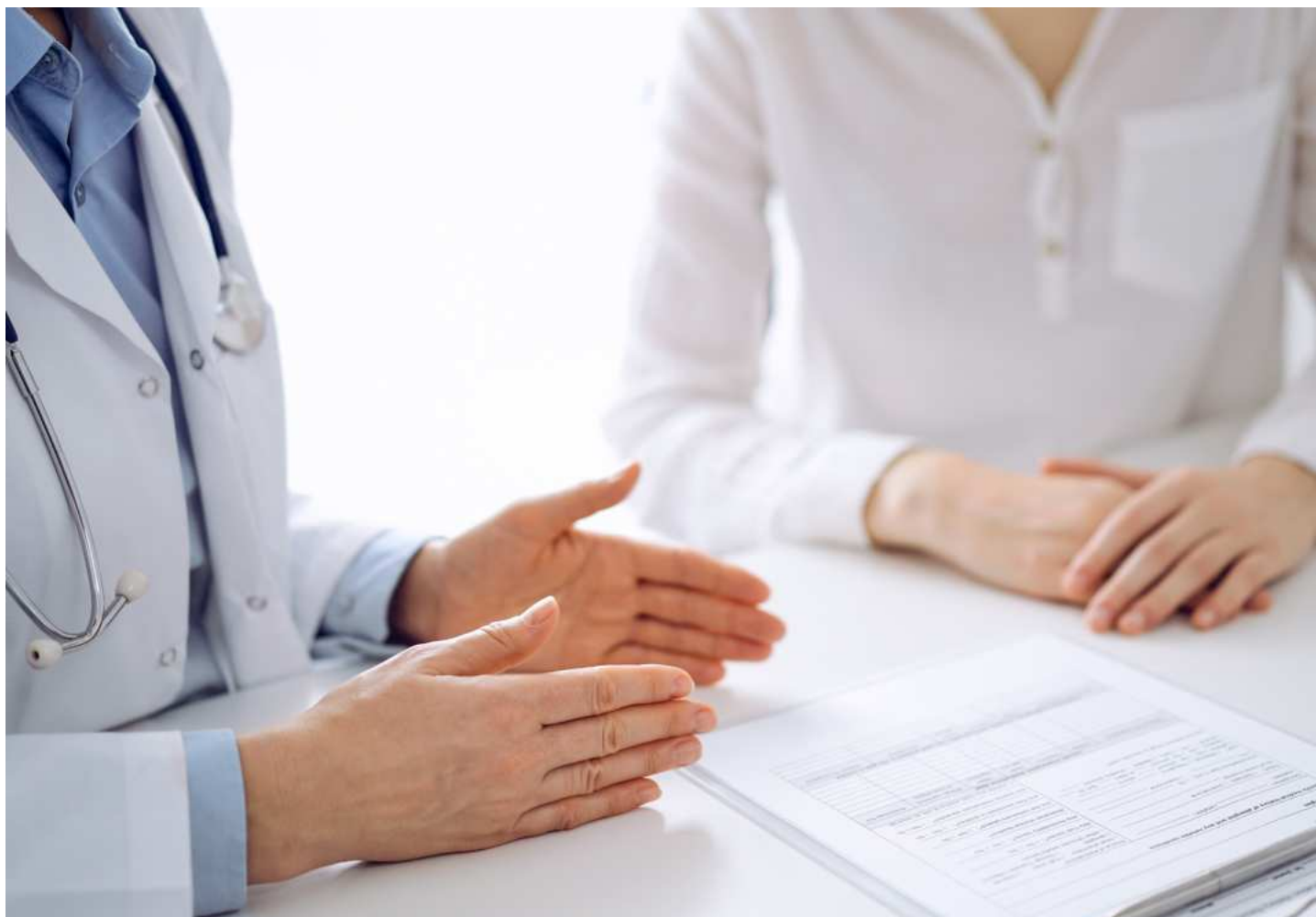
LE RENOUVELLEMENT DE LA DISPENSE

La dispense d'adhésion est valable pour une durée limitée, en fonction de votre situation.

La fin de la dispense dépend de la date d'échéance ou de tacite reconduction mentionnée sur le justificatif fourni à Intérimaires Santé lors de la demande de dispense.

Pour continuer à être dispensé, vous devez retourner, chaque année, le justificatif lorsque la date d'échéance approche :

1. Je me connecte à mon [Espace Intérimaire](#)
2. Je clique sur **Mon affiliation ou ma demande de dispense**
3. Je clique sur **Emettre une nouvelle demande d'affiliation ou de dispense.**



À VOTRE ÉCOUTE

Vous avez une question relative à votre dispense ?

N'hésitez pas à appeler Intérimaires Santé au **01 44 20 47 40**
Du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h.

Et toujours,
www.interimairesante.fr

Les arrêts de travail des
intérimaires qui ont moins de
414 heures peuvent être
indemnisés au titre du Fonds de
solidarité professionnelle en cas
de maladie grave et redoutée

Ce que dit le texte



« Les salariés intérimaires non cadres et cadres ne remplissant pas la condition d'ancienneté de 414 heures et ne bénéficiant pas de la portabilité conventionnelle d'un mois bénéficient du dispositif des maladies graves et redoutées, dont la reconnaissance intervient au cours du mois qui suit la fin de mission. »

Annexe 3 à l'accord du 16 novembre 2018

CE QU'IL FAUT COMPRENDRE



Le régime de prévoyance des intérimaires prévoit une condition de 414 heures de travail pour la garantie accident de la vie privée. Néanmoins, en cas d'arrêt de travail dû à une maladie grave et redoutée, les intérimaires ayant moins de 414 heures peuvent être indemnisés. Il faut que l'arrêt de travail intervienne pendant une mission ou dans le mois qui suit la mission. La maladie grave ou redoutée doit être reconnue dans le mois qui suit la mission.

Quelles sont les maladies graves et redoutées ?

Ce sont les cancers, l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, la chirurgie coronarienne (pontage coronarien multiple), les brûlures graves (3^e degré couvrant au moins 20% du corps), les greffes d'organes vitaux (cœur, foie, poumons, reins, pancréas et moelle osseuse), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, les maladies neuro-dégénératives déclarées (maladie d'Alzheimer), les maladies orphelines.

La liste des maladies orphelines figure sur le site www.orpha.net.

Qu'est-ce qu'on entend par « reconnaissance d'une maladie grave et redoutée » ?

Il s'agit du diagnostic de la maladie qui doit intervenir dans le mois qui suit la fin du contrat de mission. Le diagnostic de la maladie doit être attesté par un médecin.

Quelles démarches pour bénéficier du fonds de solidarité professionnelle ?

L'intérimaire doit compléter le formulaire « *Demande d'intervention du Fonds de Solidarité Professionnelle* », disponible à la commande sur www.interimairesprevoyance.fr.

Il contient une attestation médicale de diagnostic à faire remplir par le médecin.

Pour respecter la confidentialité médicale, le dossier doit être adressé avec l'attestation médicale de diagnostic à :

INTÉRIMAIRES PRÉVOYANCE
Médecin Conseil
Assurances de Personnes - Particuliers
TSA 60008
92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX

Le formulaire est intitulé "Demande d'intervention du Fonds de solidarité professionnelle" et est destiné aux salariés intérimaires non cadres et cadres. Il contient des champs à remplir pour les coordonnées de l'intérimaire et de son médecin conseil, ainsi que des sections pour l'attestation médicale de diagnostic. Le formulaire est daté du 1^{er} janvier 2019.

Commandez votre formulaire sur
www.interimairesprevoyance.fr



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 2024

SOMMAIRE

Préambule	4
Dispositions générales.....	6
Article 1 – Objet.....	6
Article 2 – Durée – Reconduction du contrat	6
Article 3 – Prise d’effet des garanties	7
Article 4 – Affiliation des salariés et des ayants droit	7
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	7
Article 4.1 - Affiliation au « régime de base » par extension au profit des ayants droit de salariés.....	7
Article 4.2 - Affiliation au « Régime Garantie + »	8
Article 4.3 - Modalités d’affiliation aux régimes facultatifs individuels.....	8
Article 5 – Plafond des remboursements.....	9
Article 6 – Recours contre les tiers responsables	9
Article 7 – Territorialité.....	9
Article 8 – Prescription.....	9
Article 9 – Contrôle	10
Article 10 – Dispositions diverses	10
Article 10.1 – Renseignement - Réclamation - Médiation	10
Article 10.2 - Protection des données à caractère personnel.....	11
Article 10.3 - Autorité de contrôle	13
Article 10.4 – Litiges judiciaires.....	13
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	13
Lutte contre la corruption et le trafic d’influence.....	13
Garanties de remboursement complémentaire de frais de santé et modalités de paiement des prestations.....	14
Article 11 – Garanties	14
Article 11.1 - Garanties du « régime de base » de remboursement complémentaire de frais de soins de santé	14
Article 11.2 - Garanties du « régime Garantie + » de remboursement complémentaire de frais de soins de santé	14
Article 12 – Cessation des garanties	14
Article 12.1 - Cessation de l’extension des garanties du « régime de base » au profit des ayants droit de salariés.....	14
Article 12.2 - Cessation des garanties du « Régime Garantie + ».....	15

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	17
Article 17 – Prise en charge hospitalière	17
Cotisations	18
Article 18 – Taux de cotisations	18
Article 19 – Paiement des cotisations	19
Annexe / Régimes de base et optionnel	20

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° 8 du 17.11.2023) 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° 8 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 ;

A compter du 1^{er} avril 2024, le siège social sera situé au : 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 Lyon.

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 SAS (INTÉRIMAIRES SANTÉ) dont le siège social est situé 39, rue Mstislav Rostropovitch – 75017 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 1er 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 1er 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 au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat », mise à disposition par AG2R Prévoyance et disponible sur le site www.ag2rlamondiale.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 bénéficiant 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.

Conditions générales facultatives – Santé – Salariés intérimaires

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 – Renseignement - Réclamation - Médiation

❖ Demande de renseignements

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

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

❖ Réclamation et médiation

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

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

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

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

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

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

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

Médiateur de la protection sociale
10, rue Cambacérès
75008 Paris

Ce recours est gratuit.

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

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

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

Article 10.2 - Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

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

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

Base légale

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes, des organismes coassureurs et/ou du gestionnaire en matière de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats (*) ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'Institution, notamment :

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

Profilage et décision automatisée

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

- pour AG2R LA MONDIALE :
« AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. »,
- pour APICIL :
« APICIL PREVOYANCE – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire ou par courriel à dpo@apicil.com »

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

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

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

Durées de conservation

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

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

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

Destinataires des données

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

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

- pour AG2R LA MONDIALE : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>,

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

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

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

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

- pour les fichiers du gestionnaire, auprès de :
 - SIACI SAINT HONORÉ (INTÉRIMAIRES SANTÉ) – 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 courriel 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 organismes coassureurs et/ou le gestionnaire apportent la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le bénéficiaire considère que le traitement des données le concernant constitue une atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse susmentionnée.

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

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 oeuvre 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.

Conditions générales facultatives – Santé – Salariés intérimaires

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 de 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 consécutifs 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 consécutifs 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.

À compter du 01/01/2024, 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	46,68 € / mois	29,49 € / mois
Ayants droit « Adulte »	46,68 € / mois	29,49 € / mois
Ayants droit « Enfant »	24,25 € / mois / enfant	15,92 € / mois / enfant

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

	Régimes	
	Général et Alsace / Moselle	
Salariés bénéficiaires visés aux Conditions générales	12,87 € / mois	
Ayants droit « Adulte »	12,87 € / mois	
Ayants droit « Enfant »	9,26 € / 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 oeuvre 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-reference/plafond-securite-sociale>).

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

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

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE
		NON CONVENTIONNE
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)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100 % de la BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)		100 % de la BR
Autres honoraires		
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	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés Sécurité sociale		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100 % de la BR
	Non adhérents DPTM :	100 % de la BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100 % de la BR
	Non adhérents DPTM :	100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	100 % de la BR
	Non adhérents DPTM :	100 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM :	100 % de la BR
	Non adhérents DPTM :	100 % de la BR
► non remboursés Sécurité Sociale		
Chiropractie, Etiopathie, 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 par la 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 SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	

AIDES AUDITIVES

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé ⁽¹⁾ :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV ⁽²⁾	
Equipements libres ⁽³⁾ :		
Aides auditives	RSS + 560 € par oreille ⁽²⁾	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % de la BR	

(1) Equipements 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) Equipements 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	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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	
Prothèses		
► 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 SS		
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 SS (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	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 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	
Prestation 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	
Equipements 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 lentilles jetables)	110 € par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par oeil	

(1) Equipements 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 à l'alinéa précédent 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 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 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) Equipements 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.

Classe	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		
	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	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 €			

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-reference/plafond-securite-sociale>).

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

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

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE
		NON CONVENTIONNE
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)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	250 % de la BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)		200 % de la BR
Autres honoraires		
Chambre particulière		60 € 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	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés Sécurité sociale		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	180 % de la BR 160 % de la BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	220 % de la BR 200 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	180 % de la BR 160 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	180 % de la BR 160 % de la BR
► non remboursés Sécurité Sociale		
Chiropractie, Etiopathie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS)		40 € par séance dans la limite de 3 séances par année civile
Densitométrie osseuse		35 € par acte
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)		120 % de la BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)		100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés par la Sécurité sociale		100 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments :		
► remboursés 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)		200 % de la BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR

AIDES AUDITIVES

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé ⁽¹⁾ :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV ⁽²⁾	
Equipements libres ⁽³⁾ :		
Aides auditives	RSS + 620 € par oreille ⁽²⁾	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % de la BR	

(1) Equipements 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) Equipements 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	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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	
Prothèses		
► 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 SS		
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	320 % de la BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	300 € par année civile	

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

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

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

AUTRES FRAIS	
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 €
Télesurveillance médicale remboursée SS (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	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 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	
Prestation 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	
Equipements 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 iséïconiques)	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 lentilles jetables)	125 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par oeil

(1) Equipements 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 appelées ci-après :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif 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 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 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) Equipements 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.

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	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive			
	Sphère [- 2 ; 0]	] + 0,25 ; + 4]	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	74 €	67 €	164 €
	Sphère + Cylindre [0 ; + 2]	> 0					
2	Sphère [- 4 ; - 2,25[ou]+ 2,25 ; + 4]	0	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive			
	Sphère [- 4 ; - 2,25[	] + 2,25 ; + 4]	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	81 €	74 €	184 €
	Sphère + Cylindre] + 2,25 ; + 4]	> 0					
3	Sphère [- 6 ; - 4,25[ou]+ 4,25 ; + 6]	0	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive			
	Sphère [- 6 ; - 4,25[	] 0,25 ; + 4]	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	88 €	81 €	204 €
	Sphère + Cylindre] + 4,25 ; + 6]	> 0					

	Sphère	[- 8 ; - 6,25[ou]+ 6,25 ; + 8]	0	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive			
4	Sphère	[- 8 ; - 6,25[]+ 6,25 ; + 8]	]0,25 ; + 4]	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	118 €	109 €	220 €
	Sphère + Cylindre	]+ 6,25 ; + 8]	> 0					
	Sphère	< - 8 ou > + 8	0	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive			
5	Sphère	[- 8 ; 0]	> + 4	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	147 €	125 €	235 €
	Sphère + Cylindre	> + 8	> 0					
Monture de classe B (RSS et régime complémentaire de BASE inclus)						100 €		



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 2024

SOMMAIRE

Préambule	4
Dispositions générales.....	6
Article 1 – Objet.....	6
Article 2 – Adhésion de l’entreprise – Date d’effet et durée du contrat	6
Article 3 – Révision	7
Article 4 – Obligations de l’adhérent.....	7
Article 5 – Affiliation des salariés – Obligations des assurés.....	8
Article 6 – Notice d’information.....	9
Article 7 – Plafond des remboursements.....	9
Article 8 – Recours contre les tiers responsables.....	9
Article 9 – Territorialité	9
Article 10 – Prescription	9
Article 11 – Litiges judiciaires	10
Article 12 – Contrôle.....	10
Article 13 – Dispositions diverses.....	10
Article 13.1 – Renseignement – Réclamation - Médiation.....	10
Article 13.2 - Protection des données à caractère personnel.....	11
Article 13.3 - Autorité de contrôle	13
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.....	13
Garanties de remboursement complémentaire de frais de santé et modalités de paiement des prestations.....	15
Article 14 – Garanties.....	15
Article 15 – Maintien des garanties.....	15
Article 15.0 – Garantie de couverture de 3 mois	15
Article 15.1 – Modalités de maintien en cas de suspension du contrat de travail de l’assuré.....	15
Article 15.2 – Modalités de maintien dans le cadre du dispositif de portabilité des droits	16
Article 16 – Cessation des garanties.....	17

Article 17 – Limites des garanties - Exclusions	19
Article 18 – Présentation des dossiers	20
Article 19 – Règlement des prestations	20
Article 20 – Tiers payant.....	21
Article 21 – Prise en charge hospitalière.....	21
Cotisations	22
Article 22 – Taux de cotisations et répartition	22
Article 23 – Paiement des cotisations	22
Annexe / Régime de base	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°8 du 17.11.2023) 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° 8 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 ;

A compter du 1^{er} avril 2024, le siège social sera situé au : 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 Lyon.

ci-après dénommés « **l'(les) organisme(s) coassureur(s)** ».

Le régime est géré par SIACI SAINT HONORÉ SAS (INTÉRIMAIRES SANTÉ) dont le siège social est situé 39, rue Mstislav Rostropovitch – 75017 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 1er 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 1er 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 1er 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 au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat », mise à disposition par AG2R Prévoyance et disponible sur le site www.ag2ramondiale.fr ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant des organismes coassureurs ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur le site www.interimairesSante.fr 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 1er 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 1er jour du mois qui suit la 415e 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 (comprenant 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 oeuvre 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 – Renseignement – Réclamation - Médiation

❖ Demande de renseignements

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

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

❖ Réclamation et médiation

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

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

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

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

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

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

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

Ce recours est gratuit.

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

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

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

Article 13.2 - Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

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

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

Base légale

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes, des organismes coassureurs et/ou du gestionnaire en matière de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats (*);
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'Institution, notamment :

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

Profilage et décision automatisée

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

- pour AG2R LA MONDIALE :
« AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. »,
- pour APICIL :
« APICIL PREVOYANCE – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire ou par courriel à dpo@apicil.com »

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

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

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

Durées de conservation

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

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

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

Destinataires des données

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

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

- pour AG2R LA MONDIALE : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

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

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

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

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

– pour les fichiers du gestionnaire, auprès de :

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

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

Article 13.3 - 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 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 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 oeuvre 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 bénéfice 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 bénéfice 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 1er 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 oeuvre.

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'examens ou questionnaires médicaux au profit :

– des **anciens salariés** bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, 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 de 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 consécutifs 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 consécutifs 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 01/01/2024 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 1er 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

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-reference/plafond-securite-sociale>).

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

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

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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)	Adhérents DPTM :	100 % de la BR	
Actes d'anesthésie (ADA)		100 % de la BR	
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM :	100 % de la BR	
Autres honoraires			
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	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés Sécurité sociale		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100 % de la BR
	Non adhérents DPTM :	100 % de la BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100 % de la BR
	Non adhérents DPTM :	100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	100 % de la BR
	Non adhérents DPTM :	100 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM :	100 % de la BR
	Non adhérents DPTM :	100 % de la BR
► non remboursés Sécurité Sociale		
Chiropractie, Etiopathie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS)	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 par la 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 SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	

AIDES AUDITIVES

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé ⁽¹⁾ :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV ⁽²⁾	
Equipements libres ⁽³⁾ :		
Aides auditives	RSS + 560 € par oreille ⁽²⁾	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % de la BR	

(1) Equipements 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) Equipements 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	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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	
Prothèses		
► 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 SS		
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 SS (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	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 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	
Prestation 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	
Equipements 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 lentilles jetables)	110 € par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par oeil	

(1) Equipements 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 à l'alinéa précédent 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 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 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) Equipements 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.

Classe	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		
	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	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



Notice d'information

Régime frais de santé de base obligatoire
et régimes facultatifs

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



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

Garanties au 1^{er} janvier 2024

Sommaire

Présentation	4
Votre régime de base obligatoire	5
Quel est l'objet du régime ?	11
Quel est le personnel concerné ?	11
Comment bénéficier de remboursements rapides ?	11
Quels sont les actes et frais garantis ?	11
Quand débute la garantie ?	11
Garantie de couverture	12
Quand cesse-t-elle ?	12
Peut-elle être maintenue ?	12
Cotisations	15
Vos régimes de base facultatifs	16
Quel est l'objet du régime ?	16
Quel est le personnel concerné ?	16
Comment bénéficier de remboursements rapides ?	16
Quels sont les actes et frais garantis ?	16
Quand débute la garantie ?	16
Quand cesse-t-elle ?	16
Quel est l'objet du régime ?	17
Quels sont les bénéficiaires ?	17
Comment affilier vos ayants droit ?	17
Quels sont les actes et frais garantis ?	17
Quand débute la garantie de vos ayants droit ?	18
Quand cesse-t-elle ?	18
Votre régime surcomplémentaire facultatif « Garantie + »	19
Quand débute votre garantie ?	26
Quand cesse votre garantie ?	26
Dispositions communes à vos régimes facultatifs	27
Durée de votre affiliation	27
Cotisations	28
Indexation	28
Adhésion à distance	28
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	29
Généralités	31
Exclusions	31
Limites des garanties	31
Plafond des remboursements	32
Recours contre les tiers responsables	32
Litiges judiciaires	32
Prescription	32
Renseignement - Réclamation - Médiation	33

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence - Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales	34
Protection des données à caractère personnel	35
Autorité de contrôle	37
Modalités de gestion	38
Comment s'effectuent vos remboursements ?.....	38
Échanges dématérialisés	42
Quelques informations utiles	45
Attestation de réception de la notice d'information	48
Contactez mon centre de gestion Intérimaires santé	51

Présentation

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

(*) Modifié en dernier lieu par l'avenant n° 8 du 17 novembre 2023.

Ce régime concerne les salariés intérimaires avec ancienneté conventionnelle, à savoir le personnel ayant effectué au moins 414 heures de travail dans une ou plusieurs entreprises de la Branche, au cours des 12 derniers mois consécutifs, ou en CDI intérimaire, ou en contrat de 3 mois et plus (voir définition ci-après).

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

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

Les garanties figurant dans la présente notice sont coassurées par :

- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Membre de AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, 14/16, boulevard Malesherbes, 75008 PARIS, SIREN 333 232 270 ;
- **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre iii du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro 321 862 500. Siège social : 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE ET CUIRE ; A compter du 1^{er} avril 2024, le siège social sera situé au : 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 LYON ;

dénommés « les organismes coassureurs » dans la présente notice.

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

Cette notice d'information s'applique à compter du 1^{er} janvier 2024. Elle est réalisée pour aider le salarié (dénommé « le participant » dans la présente notice) à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

Les garanties sont établies sur la base de la législation en vigueur et pourront être révisées en cas de changement des textes.

Votre régime de base obligatoire

Participant avec ancienneté conventionnelle

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

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

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

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

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

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

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referance/plafond-securite-sociale>).

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

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

Transport

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

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Densitométrie osseuse	35 € par acte
– Chiropractie, étiopathie, ostéopathie ⁽¹⁾	35 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale (hors médicaments remboursés à 15 %)	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditifs, dentaires et d'optique)	150 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

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

Aides auditives

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

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

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

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

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

Dentaire

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

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

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

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

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Cf. Grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la réglementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	RSS + 110 € de par année civile (au minimum 100 % de la BR)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	110 € de par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil

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

(2) Conditions de renouvellement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grille Optique

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

				Montant par verre de classe B (RSS inclus)				
Défaut visuel				Dans le réseau optique Itelis 100 % FR par verre (dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)		Hors réseau optique Itelis		
Classe	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre	Verre unifocal organique	Verre multifocal organique	Verre unifocal (majeurs)	Verre unifocal (mineurs)	Verre multifocal
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	Indice 1,5		33 €	26 €	94 €
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures				
	Sphère + Cylindre	]0 ; +2]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage				
2	Sphère	[-4 ; -2[ou]+2 ; +4]	0	Indice 1,6		38 €	31 €	104 €
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures				
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage				
3	Sphère	[-6 ; -4[ou]+4 ; +6]	0	Indice 1,67		58 €	51 €	124 €
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures				
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage				
4	Sphère	[-8 ; -6[ou]+6 ; +8]	0	Indice 1,74		76 €	70 €	144 €
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures				
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage				
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	Indice 1,74		104 €	82 €	165 €
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4	Traitement contre les rayures				
	Sphère	< -8	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage				
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0					
Monture de classe B				60 € (RSS inclus)				

Autres frais

Postes

Niveaux d'indemnisation

Forfait maternité

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

Forfait de 300 €

Télésurveillance médicale

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

100 % de la BR

Quel est l'objet du régime ?

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

Quel est le personnel concerné ?

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

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

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

Comment bénéficier de remboursements rapides ?

Complétez le kit de bienvenue (bulletin individuel d'affiliation) puis adressez-le au gestionnaire, accompagné des pièces justificatives demandées (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire, ...).

Vous pouvez également compléter votre dossier directement en ligne via votre espace « intérimaires » sur le site :

- www.interimairesSante.fr

Quels sont les actes et frais garantis ?

Tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale française au titre des législations maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au résumé de la garantie.

Maternité – adoption

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

Quand débute la garantie ?

- À la date d'effet du contrat d'adhésion si vous remplissez déjà les conditions requises avant cette date (voir « quel est le personnel concerné ? » ci-avant) ;
- ou au 1^{er} jour du mois (*) qui suit celui où vous remplissez les conditions requises ;
- sans condition d'ancienneté, pour le participant en contrat à durée indéterminée intérimaire, ou embauché pour une mission d'une durée de plus de 3 mois, ou d'une durée de travail supérieure à 414 heures ;
- à partir du 1^{er} jour du mois suivant votre demande, si vous avez initialement choisi de renoncer à votre affiliation et que vous êtes ensuite revenu sur votre décision ;
- ou sans condition d'ancienneté, si le 1^{er} jour de votre nouveau contrat de mission est survenu durant la période de portabilité (voir « En cas de rupture du contrat de travail ou de fin du contrat de mission : la portabilité des droits » ci-après).

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

Garantie de couverture

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

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

Quand cesse-t-elle ?

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

- au lendemain du dernier jour de votre contrat de mission (sauf en cas de maintien de la garantie au titre de la portabilité (voir « En cas de rupture du contrat de travail ou de fin du contrat de mission : la portabilité des droits » ci-après) ;
- à l'issue de la période de portabilité, si vous n'avez pas retrouvé un emploi dans la branche du travail temporaire ;
- lorsque vous ne relevez plus du statut de participant intérimaire ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

Les garanties sont suspendues :

- pour le participant dont le contrat de mission est suspendu, aucune cotisation n'étant due pendant cette période (sauf en cas de maintien des garanties tel que détaillé ci-après) ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

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

Contrat collectif obligatoire

Le contrat d'adhésion souscrit par votre employeur auprès des organismes coassureurs est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun participant ne peut résilier son affiliation à la garantie de son propre fait.

Peut-elle être maintenue ?

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Principe de maintien des garanties

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

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

Exonération des cotisations

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

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

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

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

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

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

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

En cas de modification ou de révision de la garantie des participants en activité, la garantie des anciens salariés bénéficiant du maintien de garantie est modifiée ou révisée dans les mêmes conditions.

Le maintien de garantie au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'entreprise et des participants en activité (part patronale et part salariale).

Durée de la période de portabilité

Le maintien de garantie intervient, en application de l'Accord de branche en vigueur, pendant **une durée initiale de 2 mois**, sans aucune formalité, puis, lorsque la cessation du contrat de mission de l'ancien salarié ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, pendant **5 mois supplémentaires**. À l'issue de ces deux périodes initiales, la garantie peut être encore maintenue, dans la limite d'une durée globale égale à la période d'indemnisation du chômage.

L'ancien salarié en situation de cumul emploi- retraite bénéficie également de cette durée supplémentaire de 5 mois au-delà de la durée forfaitaire de 2 mois, dans l'attente de la reprise effective d'activité, sous réserve :

- d'attester bénéficier d'une pension de retraite ;
- et de se trouver sans emploi pendant cette période.

Dans ce cas la condition d'indemnisation au régime obligatoire d'assurance chômage n'est pas requise et il ne sera pas fait référence pour cette période à la durée des derniers contrats de travail consécutifs.

En tout état de cause, la durée globale de la période de portabilité ne peut excéder la durée du dernier contrat de mission, ou la durée globale des derniers contrats de mission lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur ; la durée globale de la période de portabilité est appréciée en mois, le cas échéant arrondi au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois**.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien de la garantie qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien de la garantie au titre du dispositif de portabilité cesse :

- lorsque l'ancien salarié reprend une activité professionnelle (cependant, à l'issue de la durée initiale de 2 mois, la portabilité peut être suspendue, à titre exceptionnel et une seule fois, sur demande expresse du participant intérimaire formulée auprès du gestionnaire, à condition de reprendre une activité professionnelle hors intérim d'une durée maximale de 4 semaines), ou
- dès qu'il ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, sauf pour l'ancien salarié en situation de cumul emploi- retraite bénéficiant de la durée supplémentaire de 5 mois dans les conditions ci-dessus, ou
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf pour l'ancien salarié en situation de cumul emploi-retraite bénéficiant de la durée supplémentaire de 5 mois dans les conditions ci-dessus, ou
- en cas de décès de l'ancien salarié, ou
- lorsque l'ancien salarié en situation de cumul emploi-retraite, bénéficiant de la durée supplémentaire de 5 mois, ne peut plus attester bénéficier d'une pension de retraite ni justifier se trouver sans emploi,
- en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

Formalités de déclaration

L'employeur signale le maintien de la garantie dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

L'organisme gestionnaire est automatiquement informé, via le dispositif de décompte des heures de mission alimenté mensuellement par les entreprises adhérentes, de la cessation du contrat de travail qui déclenche la portabilité forfaitaire de 2 mois. Au-delà de la portabilité forfaitaire de 2 mois, l'ancien salarié communique à l'organisme gestionnaire, le cas échéant, un justificatif d'ouverture de droit à indemnisation au titre du chômage (ou de situation de cumul emploi-retraite avec pension de retraite mais sans exercice d'emploi), en vue de bénéficier, si nécessaire, de la prolongation de la période de portabilité et renvoie ses cartes TP en cours de validité.

Si l'ancien salarié a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment sera mise en œuvre. Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer le gestionnaire de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien de la garantie.

Sont visées notamment les causes suivantes :

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

Paiement des prestations

L'ancien participant devra produire au gestionnaire le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation (pour l'ancien participant concerné).

En cas de cessation de la garantie

Loi Évin

Les organismes coassureurs proposent, à titre individuel, la poursuite d'une couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement ;
- sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

Ayants droit couverts d'un participant décédé

En cas de décès du participant, y compris en période de portabilité des droits, la garantie est maintenue sans contrepartie de cotisations, à ses ayants droit qui étaient déjà couverts, et ce pendant une période de 12 mois courant à compter du 1^{er} jour du mois suivant le décès du participant, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Ces ayants droit devront en faire la demande et remplir un bulletin d'affiliation. L'affiliation prend effet à la date prévue au bulletin d'affiliation, et au plus tôt, le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du participant, et au plus tard au lendemain de la réception de la demande.

Cessation de la garantie collective

En cas de cessation de la garantie, vous pouvez vous affilier, ainsi que vos bénéficiaires, à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande.

Sous réserve que la demande d'affiliation individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la rupture du contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, il ne sera pas fait application de période probatoire, ni exigé de formalités médicales.

Cotisations

Les cotisations sont réparties à hauteur de 50 % pour l'employeur et de 50 % pour le participant. Le prélèvement de votre quote-part est effectué mensuellement par votre employeur directement sur votre bulletin de salaire.

Elles sont versées par l'employeur à la fin de chaque trimestre.

Les taux de cotisations figurent sur votre bulletin de salaire.

Vos régimes de base facultatifs

Participant sans ancienneté conventionnelle (adhésion volontaire anticipée)

Quel est l'objet du régime ?

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

Quel est le personnel concerné ?

Vous-même, participant intérimaire d'une entreprise relevant de la branche du travail temporaire, en mission et ne remplissant pas les conditions d'affiliations définies ci-avant.

Comment bénéficier de remboursements rapides ?

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

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

Quels sont les actes et frais garantis ?

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

Quand débute la garantie ?

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

Quand cesse-t-elle ?

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

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

Non-paiement des cotisations

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

Ayants droit

Quel est l'objet du régime ?

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

Quels sont les bénéficiaires ?

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

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

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

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

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

Comment affilier vos ayants droit ?

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

Bénéfice du régime pour vos ayants droit

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

Situation familiale

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

Quels sont les actes et frais garantis ?

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

Quand débute la garantie de vos ayants droit ?

Au 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre dossier complet.

Quand cesse-t-elle ?

- En cas de résiliation de votre part ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base souscrit par votre employeur ;
- à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

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

Votre régime surcomplémentaire facultatif « Garantie + »

Participants et ayants droit

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

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

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

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

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

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

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

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale>).

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

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

Transport

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

Soins courants

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

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

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Aides auditives ⁽²⁾	RSS + 620 € par oreille
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % de la BR

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

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

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

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

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Panier soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Soins prothétiques et autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	320 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	320 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay, onlay	320 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	320 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	320 % de la BR
Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	300 € par année civile

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

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

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

Autres frais

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

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Cf. Grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la réglementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	RSS + 125 € de par année civile (au minimum 100 % de la BR)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	125 € de par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil

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

(2) Conditions de renouvellement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grille Optique

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

				Montant par verre de classe B (RSS inclus)				
Défaut visuel				Dans le réseau optique Itelis 100 % FR par verre (dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)			Hors réseau optique Itelis	
Classe	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre	Verre unifocal organique	Verre multifocal organique	Verre unifocal (majeurs)	Verre unifocal (mineurs)	Verre multifocal
1	Sphère	[- 2 ; + 2]	0	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	74 €	67 €	164 €
	Sphère	[- 2 ; 0]	] + 0,25 ; + 4]				
	Sphère + Cylindre	[0 ; + 2]	> 0					
2	Sphère	[- 4 ; - 2,25[ou] + 2,25 ; + 4]	0	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	81 €	74 €	184 €
	Sphère	[- 4 ; - 2,25[	] + 2,25 ; + 4]				
	Sphère + Cylindre	] + 2,25 ; + 4]	> 0				
3	Sphère	[- 6 ; - 4,25[ou] + 4,25 ; + 6]	0	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	88 €	81 €	204 €
	Sphère	[- 6 ; - 4,25[	] 0,25 ; + 4]				
	Sphère + Cylindre	] + 4,25 ; + 6]	> 0				
4	Sphère	[- 8 ; - 6,25[ou] + 6,25 ; + 8]	0	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	118 €	109 €	220 €
	Sphère	[- 8 ; - 6,25[	] 0,25 ; + 4]				
	Sphère + Cylindre	] + 6,25 ; + 8]	> 0				
5	Sphère	< - 8 ou > + 8	0	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	147 €	125 €	235 €
	Sphère	[- 8 ; 0]	> + 4					
	Sphère	< - 8	> 0					
	Sphère + Cylindre	> + 8	> 0					
Monture de classe B				100 € (RSS inclus)				

Quand débute votre garantie ?

Au 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre dossier complet.

Quand cesse votre garantie ?

- En cas de résiliation de votre part ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base obligatoire ;
- à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

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

Non-paiement des cotisations

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

Cessation de la garantie

En cas de cessation de la garantie, vous pouvez vous affilier, ainsi que vos bénéficiaires, à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande.

Sous réserve que la demande d'affiliation individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la cessation de la garantie, il ne sera pas fait application de période probatoire, ni exigé de formalités médicales.

Dispositions communes à vos régimes facultatifs

Durée de votre affiliation

Vous êtes affilié, ainsi que vos éventuels bénéficiaires, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelant à effet du 1^{er} janvier par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins deux mois avant cette date, dans les conditions détaillées ci-après.

Résiliation annuelle à l'initiative du participant

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

- soit par lettre (adressée au gestionnaire à l'adresse suivante : Intérimaires Santé – 43, rond-point de l'Europe – 51430 BEZANNES) ou tout autre support durable (notamment par courriel via l'espace Intérimaire sur le site : www.interimairesSante.fr) ;
- Soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat », mise à disposition par AG2R Prévoyance et disponible sur le site www.ag2rlamondiale.fr ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant des organismes coassureurs ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur le site : www.interimairesSante.fr.

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

Résiliation infra-annuelle à l'initiative du participant

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cotisations

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

– www.interimairesSante.fr

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

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

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

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

Indexation

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

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

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

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

Adhésion à distance

Définition

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

Éléments communiqués à l'assuré

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

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

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

Droit à renonciation

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

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

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

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

Adhésion suite au démarchage de l'assuré

Définition

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

Droit à renonciation

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

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

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

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

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

Modèle de renonciation

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

J'ai souscrit une adhésion auprès de votre organisme »,

le ____ / ____ / ____,

sous le numéro _____.

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

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

Date et Signature

Généralités

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

Exclusions

Sauf indication contraire figurant au résumé des garanties, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

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

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

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

Sont également exclues les prises en charge :

- les participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

Limites des garanties

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

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

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

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

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

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

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

Plafond des remboursements

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

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

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

Recours contre les tiers responsables

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

Litiges judiciaires

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

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Interruption de la prescription

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

paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit aux organismes coassureurs, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

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

Suspension de la prescription

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

Renseignement - Réclamation - Médiation

Demande de renseignements

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

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

Réclamation et médiation

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

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

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

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

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

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

- Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>;

- Par courrier à l'adresse suivante :
Médiateur de la protection sociale
10, rue Cambacérés
75008 Paris

Ce recours est gratuit.

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

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

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

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

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

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

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

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

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

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

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

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

Mesures restrictives et sanctions internationales

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

Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

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

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

Base légale

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes, des organismes coassureurs et/ou du gestionnaire en matière de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats (*) ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

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

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

Profilage et décision automatisée

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

- pour AG2R LA MONDIALE :
AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599
Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

- pour APICIL :
APICIL PREVOYANCE – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300
Caluire et Cuire ou par courriel à dpo@apicil.com

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

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

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

Durées de conservation

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

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

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

Destinataires des données

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

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

- pour AG2R LA MONDIALE : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

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

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

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

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

- pour les fichiers du gestionnaire, auprès de :
 - SIACI SAINT HONORÉ (INTÉRIMAIRES SANTÉ) – 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 courriel 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 organismes coassureurs et/ou le gestionnaire apportent la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le bénéficiaire considère que le traitement des données le concernant constitue une atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse susmentionnée.

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

Autorité de contrôle

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

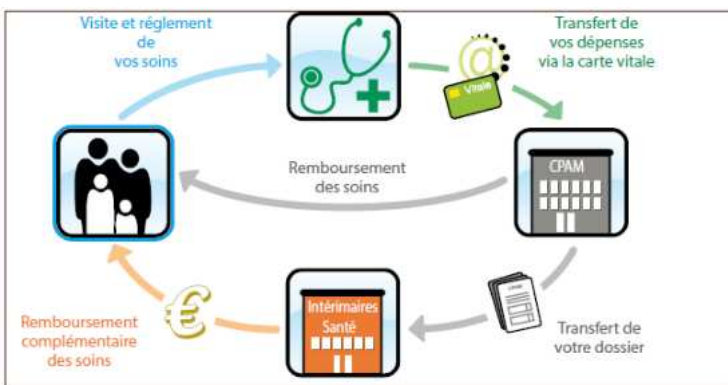
Modalités de gestion

Comment s'effectuent vos remboursements ?

La télétransmission NOEMIE

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

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



Cas spécifiques où NOEMIE ne fonctionne pas

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

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

Comment bénéficier de la télétransmission ?

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

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

Paiement des prestations

Modes de règlement

Deux types de règlements sont possibles :

- Règlements par virement : quelle que soit la fréquence des demandes de remboursement, le paiement par virement sera effectué à chaque nouveau remboursement. Vos remboursements sont consultables en temps

réel via votre application mobile INTÉRIMAIRES SANTÉ ou sur www.interimairesSante.fr, Espace Intérimaire / Espace assuré / Vos remboursements frais de santé / Vos décomptes.

Si vous n'êtes pas abonné aux décomptes électroniques ou si vous n'avez pas d'adresse e-mail, un récapitulatif papier de vos dépenses vous est adressé tous les six mois.

- Règlements par chèque : tout remboursement inférieur à 25 € (*) ne donnera pas lieu à un paiement immédiat. Cette somme sera débloquée quand le total de vos remboursements atteindra 25 €. Pour être remboursé plus rapidement, vous pouvez adresser votre RIB à INTÉRIMAIRES SANTÉ. Les modalités de remboursement sont détaillées sur www.interimairesSante.fr, Espace intérimaire / Espace assuré / Vos remboursements frais de santé / Formalités de remboursement.

(*) Seuil susceptible d'évoluer

Les alertes e-mails

Pour suivre en temps réel votre dossier et recevoir une alerte e-mail à chaque nouveau remboursement, nous vous invitons à renseigner votre adresse e-mail dans la rubrique paramétrage de votre application mobile INTÉRIMAIRES SANTÉ ou sur www.interimairesSante.fr, Espace Intérimaire / Mon profil.

Demande de justificatifs

Vous pouvez envoyer vos justificatifs par voie postale ou par voie électronique.

Hospitalisation médicale ou chirurgicale ou maternité (si vous n'avez pas pu bénéficier d'une prise en charge avant votre admission) :

- Notes d'honoraires et bordereaux de facturation des frais prescrits, acquittés et datés ;
- les notes d'honoraires dans le cas de dépassements réglés à un chirurgien et/ou anesthésiste si vous avez souscrit l'option « Garantie+ ».

Lunettes

- Avec la télétransmission NOEMIE : la facture détaillée + la prescription médicale (*) ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli + la facture détaillée + la prescription médicale (*).

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale

- Avec la télétransmission NOEMIE : la facture détaillée ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli + la facture détaillée + la prescription médicale (*).

(*) Prescription médicale datant de :

- moins d'un an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ;
- moins de 5 ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans ;
- moins de 3 ans, pour les patients âgés de plus de 42 ans.

Appareillage remboursé par la Sécurité sociale

- Avec la télétransmission NOEMIE : la facture détaillée ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli + la facture détaillée.

Maternité / Adoption

- Un extrait d'acte de naissance de l'enfant précisant la filiation avec l'assuré ;
- la copie du jugement d'adoption définitif du Tribunal français ou le certificat d'adoption.

Soins à l'étranger pris en charge par la Sécurité sociale

- Avec la télétransmission NOEMIE : les factures détaillées ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli + les factures détaillées.

Frais de soins et de prothèses dentaires

- Avec la télétransmission NOEMIE : les factures détaillées sont demandées :
 - pour les seuls actes avec dépassement autorisé (prothèses, appareils, inlays/onlays),
 - à partir du seuil de 330 euros par prothèse dentaire ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli.

Orthodontie (acceptée par la Sécurité sociale)

- Avec la télétransmission NOEMIE : pas de facture à fournir ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli.

Soins exécutés en tiers payant Sécurité sociale (uniquement)

- Les reçus correspondants au ticket modérateur (sauf consultations/visites à domicile).

Soins non remboursés par la Sécurité sociale

- Les factures détaillées originales ;
- la prescription médicale.

À savoir

Si nous intervenons après un autre organisme complémentaire, vous devez impérativement nous adresser le décompte de la première complémentaire accompagné des éventuelles factures (optique, dentaire...).

Le tiers payant

Tiers payant généralisé

Le tiers payant est le mécanisme par lequel votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou votre assurance complémentaire « paie » à votre place vos dépenses de santé.

Pour cela, lors de votre affiliation, il est mis à votre disposition une carte de tiers payant vous dispensant d'avancer les frais, dans les conditions mentionnées par ladite carte en conformité avec les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Cette carte mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant par le régime.

Votre carte de tiers payant Almerys vous permet de bénéficier de cette dispense d'avance de frais auprès des praticiens ayant un accord dans les domaines suivants :

- hospitalisation ;
- pharmacie (hors pharmacie à 15 %) ;
- biologie (laboratoires) ;
- radiologie ;
- auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmières...) ;
- soins externes : consultations et examens en centre médical, clinique ou hôpital ;

- transport (taxis et ambulances) ;
- optique ;
- dentaire.

Simple et pratique: imprimez votre carte en ligne

Rendez-vous sur www.interimairesSante.fr / Espace Intérimaire/ Espace assuré / Votre tiers payant pour imprimer votre (vos) carte(s) de tiers payant à tout moment.

Pour bénéficier du tiers payant, vous devez présenter votre carte Almerys au professionnel de santé en même temps que votre carte Vitale. Ce dernier nous enverra ensuite la facture de la part complémentaire.

Pour le bon fonctionnement du tiers payant, il vous incombe de signaler à votre pharmacien ou autre professionnel de santé habituel tout changement vous concernant.

Rappel

Si vous présentez chez votre praticien votre carte Vitale sans la carte de tiers payant, vous ne bénéficierez que du tiers payant Sécurité sociale. Il faudra alors adresser à INTÉRIMAIRES SANTÉ le justificatif de paiement pour prétendre au remboursement de la part complémentaire (sinon vous ne serez pas remboursé).

Lors de la cessation de votre affiliation (c'est-à-dire à la fin de la période de gratuité qui suit votre dernière mission d'intérim), vous devez cesser d'utiliser votre carte de tiers payant et la retourner impérativement à INTÉRIMAIRES SANTÉ. Toute utilisation après la fin de vos droits générera une demande de remboursement des frais réglés.

Conseil

Privilégiez le tiers payant total (Sécurité sociale + part complémentaire) ; ainsi vous n'aurez aucune somme à avancer (sauf dépassements d'honoraires éventuels) et aucun justificatif à produire.

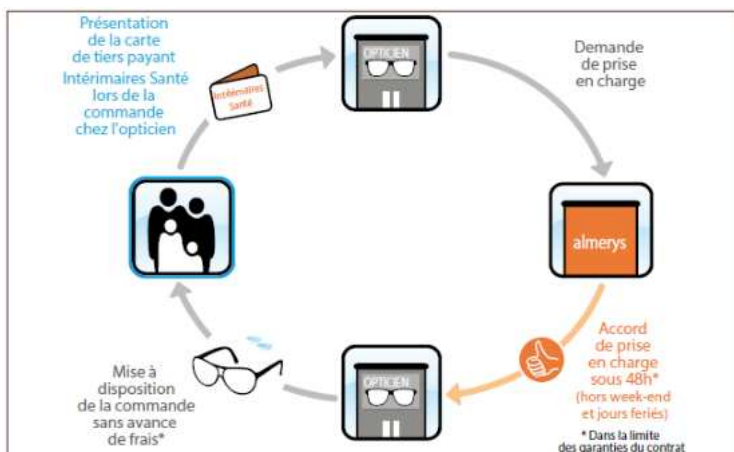
Tiers payant optique avec Almerys

Modalité pratique

Vous bénéficiez du service tiers payant optique auprès d'Almerys.

En vous rendant chez un opticien du réseau Almerys, vous pouvez bénéficier d'une prise en charge immédiate.

En cas de reste à charge, vous l'acquitterez directement à votre opticien.



Trouver un professionnel de santé proche de chez moi

Pour trouver un professionnel de santé pratiquant le tiers payant, rendez-vous sur :

- www.interimairesSante.fr / Espace Intérimaire/ Espace assuré / Votre tiers payant / Localiser les professionnels de santé ;
- l'application mobile INTÉRIMAIRES SANTÉ, Mon Espace assuré / Professionnels de santé / Trouver un professionnel de santé.

Effectuez votre recherche selon le critère de votre choix : spécialité (pharmacie, laboratoire, opticien...).

Accord de prise en charge

Prise en charge hospitalière

Avant toute admission dans un établissement conventionné (hospitalisation de jour remboursée au minimum à 80 % de la base de remboursement par la Sécurité sociale ou pour un séjour de plus de 24 heures), INTÉRIMAIRES SANTÉ peut délivrer une prise en charge hospitalière à l'établissement afin de vous éviter toute avance de frais dans la limite des garanties du contrat et à l'exception des frais personnels.

Il conviendra de nous communiquer :

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

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

Conseil

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

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

Échanges dématérialisés

Définition

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

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

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

Mise en œuvre et vérifications par l'organisme assureur

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

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

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

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

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

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

Le participant pourra consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisés que ceux mis à disposition sur l'espace client du participant seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 5 ans après la résiliation ou le non-renouvellement du contrat.

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

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

Droit d'opposition du participant

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

INTÉRIMAIRES

Découvrez les aides et services
pour faciliter la vie



DÉPLACEMENT



LOGEMENT



SANTÉ ET PRÉVENTION



ENFANTS



ACCOMPAGNEMENT



ARGENT



fastt

Et la vie des intérimaires est facilitée

01 71 25 08 28

fastt.org



Quelques informations utiles

Secteur conventionné / non conventionné

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

Professionnels de santé

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

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

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

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

Établissements de santé

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

Médecin traitant et correspondant

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

Parcours de soins coordonnés

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

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

Médecins non conventionnés

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

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)

Option pratique maîtrisée (OPTAM) / Option pratique maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

La Sécurité sociale a proposé aux professions médicales pratiquant les dépassements d'honoraires une nouvelle convention leur permettant de facturer librement dans le cadre d'une enveloppe de dépassements annualisée. À ce titre, les honoraires d'un médecin OPTAM / OPTAM-CO sont mieux remboursés (base de remboursement Sécurité sociale supérieure et meilleur remboursement de la complémentaire).

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

Participation forfaitaire / franchise

Participation forfaitaire d'un euro

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie (sauf cas d'exonération définis par l'assurance maladie obligatoire).

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

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par charge par l'organisme assureur complémentaire.

Forfait sur les actes dits « lourds »

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

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

Franchise

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

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés.

Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires :

- pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Les franchises ne sont pas remboursées par l'organisme assureur complémentaire.

Télésurveillance

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

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

Contrat responsable – séances d’accompagnement réalisées par un psychologue

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

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

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

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

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

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

Qu’est-ce que le 100% santé ?

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

Pourquoi une telle mesure ?

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

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

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

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

En quoi consiste cette réforme ?

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

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

Qui peut en bénéficier ?

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

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

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

Attestation de réception de la notice d'information

À détacher et à remettre à votre employeur

Je soussigné, _____

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

À _____

Le ____ / ____ / ____

Signature

Contacter mon centre de gestion Intérimaires santé



Internet

www.interimairesSante.fr



Application mobile

Disponible sur App store et Google play



Courrier

Intérimaires Santé

43,rond-pointde l'Europe 51430 BEZANNES



Centre relations clients

01 44 20 47 40

Du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h00

AG2R LA MONDIALE

14-16 bd Malesherbes - 75008 PARIS

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

www.ag2rlamondiale.fr

Apicil Prévoyance

38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE

(à compter du 1^{er} avril 2024 : 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 LYON)

www.apicil.com

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R – 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS – Siren 333 232 270.

APICIL Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500 - Siège social : 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE ET CUIRE



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



CONDITIONS GENERALES ADAPTEL LYON

Protection des données personnelles des Intérimaires

Nous vous conseillons de régulièrement consulter la page suivante, toutes les évolutions ou modifications seront mises à jour à cet endroit :

<https://www.adaptel-lyon.fr/mentions-legales/>

Responsable des traitements de données : Le responsable des traitements de vos données personnelles est notre société à savoir, la société SAS ADAPTEL, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 452 561 798 , dont le siège social est sis au 3 avenue Berthelot 69007 Lyon prise en la personne de son représentant légal.

Délégué à la protection des données personnelles : Christophe Kibler, le Délégué à la protection des données personnelles peut être contacté aux coordonnées suivantes :

Adresse postale : Société SAS ADAPTEL, Madame/ Monsieur le Délégué à la protection des données personnelles, 3 avenue Berthelot 69007 Lyon.

Coordonnées téléphoniques 04 37 65 25 90

Adresse courriel : contact@adaptel-lyon.fr

Catégories de données personnelles : Les catégories de données personnelles généralement collectées puis traitées par notre société dans le cadre de candidatures puis d'une éventuelle embauche sont généralement les suivantes sans que cette liste ne soit limitative : noms, date et lieu de naissance, coordonnées, qualifications (études, formations, stages, expériences professionnelles), document attestant de l'identité et de votre droit à travailler sur le territoire français, informations mentionnées sur votre CV ;

En cas de recrutement, la société sera également dans l'obligation de récolter un certain nombre de données supplémentaires relatives :

Données d'identification : genre, nationalité, copie de vos documents d'identité et éventuels cartes/titres de séjour, justificatif de domicile ;

Données d'ordre économique et financière : coordonnées bancaires, numéro de sécurité sociale, frais professionnelles, salaires, avantages en nature... ;

Vie professionnelle : suivi de formation, passif disciplinaire ;

Données de connexion (réseau, pc, adresse professionnelle...) ;

Informations nécessaires pour le régime de prévoyance /mutuelle (ayants droits, parents proches...) ;

Données relatives à l'état de santé à votre éventuel handicap compte tenu des obligations légales en matière de sécurité au temps et au lieu de travail, de prévention des risques AT/MP, du suivi médical des salariés, arrêt de travail, de gestion des accidents de travail et des maladies professionnelles ;

Avant la signature de tout contrat de travail, le Candidat n'est pas tenu de nous communiquer ses données personnelles, mais à défaut, il sera particulièrement difficile pour la société de juger de l'adéquation de son profil avec nos besoins.

Par ailleurs, dans le cadre de la signature éventuelle de votre contrat de travail, la société sera dans l'obligation de solliciter la communication de ses données personnelles pour la conclusion et l'exécution de ce dernier. A défaut de communication des éléments sollicités, la société sera contrainte de renoncer à la conclusion du contrat de travail.

Finalité du traitement : la société est amenée à collecter et à traiter des données personnelles des Candidats et salariés intérimaires pour les finalités suivantes :

Appréciation de la capacité à occuper un emploi ou des aptitudes professionnelles,
Proposition de mission,
Rédaction du contrat de travail,
Établissement des bulletins de salaires et paiements correspondants,
Établissement des documents sociaux de rupture,
Édition des différentes déclarations obligatoires,
Gestion des Accidents de travail/ maladie professionnelle,
Gestion de la mutuelle et de la prévoyance,
Gestion des arrêts maladies,
Gestion des mandats des représentants du personnel,
Administration du personnel (annuaire, durée de travail...),
Fidélisation des salariés en proposant des programmes d'évaluation, de perfectionnement des connaissances, de formation professionnelle et assurer leur gestion,
Assurer la sécurité des systèmes d'informations,
Assurer le suivi et la gestion de ses relations commerciales avec ses clients,
Gérer et contrôler le respect des procédures internes,
Réalisation d'études statistiques ou d'analyses pour apprécier l'efficacité de nos établissements, les secteurs d'activités et zones géographiques,
Evaluation de la satisfaction des salariés pour améliorer la qualité des services fournis,
Respect des obligations légales (droit du travail, droit de la sécurité sociale, droit de la responsabilité civile et délictuelle, droit pénal, droit public), des obligations règlementaires et des obligations conventionnelles,
Renforcer la sécurité et la protection des personnes, des biens matériels mobiliers et immobiliers,
Administrer, gérer et assurer la défense de la société face à des réclamations ou des actions légales,
Participer à toute opération juridique d'achat, de vente, de location gérance, potentielle ou réelle, de tout ou partie de notre activité,
Participer aux différentes politiques de l'Emploi notamment des personnes les plus éloignées de l'emploi,
Bénéfice de l'ensemble des services ou prestations disponibles sur notre Application ou sur notre Site : création d'un compte utilisateur, e-newsletter, gestion des commandes, assistance et réclamation, gestion des commentaires, etc.,

Navigation sur l'application ou le Site

Prospection avec nouveau recueil de consentement lorsque ce dernier est rendu obligatoire par la loi.

Base légale du traitement : Les différents traitements de vos données personnelles mis en œuvre par la société ADAPTEL LYON reposent sur l'une des bases suivantes :

L'exécution du contrat de travail auquel vous êtes partie,
La nécessité aux fins de conformité aux obligations légales et réglementaires,
La nécessité du traitement dans l'intérêt légitime de notre société dans le cadre de l'exercice de nos droits fondamentaux et de ceux de notre personnel de mener une activité. Toutefois, et même si une seule de ces bases légales est suffisante, notre société souhaite également de manière additionnelle que l'utilisation de vos données personnelles puisse être fondée sur votre consentement, compte tenu de l'importance qu'elle lui accorde. C'est la raison pour laquelle, il vous ait demandé lors de votre inscription d'accepter de manière expresse ces conditions générales d'utilisation.

Absence de traitement automatisé sans aucune intervention humaine : Aucune décision vous concernant ne peut être prise sans intervention humaine.

Destinataires des données : Vos données personnelles sont avant tout utilisées par les personnes habilitées de notre Société et notamment nos salariés en agence.

Vos données sont également susceptibles d'être transférées, pour les finalités précitées, à des tiers ou sous-traitants situés dans l'Union Européenne à savoir :

Communication aux organismes de droit public ou privé lorsque cette communication est prévue par la loi (exemples : Urssaf, service des impôts...),
Communication à nos fournisseurs qui réalisent des prestations à notre demande notamment des tâches administratives et opérationnelles et comme par exemple des fournisseurs informatiques, des sociétés de gestion d'installation, fournisseurs de services de gestion des finances et de comptabilité...,
Communication à nos entreprises utilisatrices clientes ou à nos prospects afin qu'il puisse facilement entrer en contact avec nos agences,
Communication dans le cadre d'une éventuelle fusion, acquisition ou autre transaction commerciale concernant notre société aux potentiels acheteurs et leurs conseils,
Communication à d'autres sociétés de notre groupe, afin notamment de pouvoir vous faire part de leurs besoins de main d'œuvre.

En tout état de cause, notre société a pris les mesures de sécurité, de confidentialité et d'intégrité nécessaires pour le transfert de vos données personnelles à ces différents tiers notamment dans le cadre de clauses contractuelles.

Ils n'auront également accès qu'aux seules informations nécessaires à l'exécution de leurs fonctions.

Certaines entreprises auxquelles vos données sont transférées peuvent être situées hors du territoire de l'Union Européenne.

Dans pareille cas et à défaut pour ces entreprises d'être situées dans un pays reconnu par l'Union Européenne comme ayant des lois garantissant une protection adéquate des données personnelles, notre société prend davantage de mesure afin de s'assurer que les données transférées soient protégées sur le plan de la sécurité, de leur intégrité et de leur confidentialité. Ainsi, les transferts éventuels de données sont effectués dans le respect de la Réglementation et notamment dans le cadre de clauses contractuelles types validées par la Commission Européenne.

Durées de conservation des données : En l'absence de conclusion de tout contrat de travail, les données vous concernant sont conservées pendant une durée de deux [2] ans à compter du dernier contact s'agissant des données de candidats pendant la phase de recrutement. Par contact, il convient d'entendre un entretien, un échange, la mise à jour de votre dossier.

En cas de conclusion d'un contrat de travail, vos données seront conservées pendant sept [7] ans à compter de la dernière afin de répondre à nos propres obligations légales.

Exercice de vos droits :

Droit d'opposition : Conformément à la réglementation en vigueur, vous pouvez exercer auprès de la société ADAPTEL Lyon, votre droit d'opposition à l'utilisation de vos données à caractère personnel.

Autres droits : Vous pouvez également exercer auprès de la société ADAPTEL LYON vos droits d'accès, de rectification et de suppression des données à caractère personnel vous concernant. Vous avez également la possibilité de définir, modifier et révoquer à tout moment des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre mort.

Par ailleurs, notre société vous informe également qu'à tout moment vous pouvez retirer votre consentement au traitement de vos données personnelles. En conséquence du retrait de votre consentement, et dans l'hypothèse où aucun autre fondement légal ne viendrait justifier le traitement de vos données, vos données seront supprimées.

Tous ces droits peuvent être exercés par courrier aux adresses suivantes :

Adresse postale : ADAPTEL Lyon, 3 avenue Berthelot 69007 Lyon

Adresse électronique : contact@adaptel-lyon.fr

Dans tous les cas, dans le cadre de votre demande, vous devez justifier de votre identité (nom, prénom, adresse, numéro d'identification, copie d'un justificatif d'identité).

De manière générale, notre société reste à votre disposition pour toutes informations complémentaires ou réclamations relatives aux traitements de données personnelles.

Notre société s'engage à vous répondre dans un délai raisonnable.

Enfin, nous vous rappelons que vous avez la possibilité de déposer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

La société ADAPTEL Lyon une fois votre inscription effectuée et votre accord donné lors de la création de votre dossier pourra vous envoyer des mails et des SMS, vous avez la possibilité de nous demander l'arrêt des envois sur simple demande à contact@adaptel-lyon.fr, au même titre que la suppression de l'ensemble de vos données (informations et documents).