



AG2R LA MONDIALE



Comme vous !

SANTÉ

—

Régime de base obligatoire et régimes facultatifs

NOTICE D'INFORMATION

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 2017

SOMMAIRE

PRÉSENTATION	4
---------------------	----------

VOTRE RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE	5
-----------------------------------------	----------

SALARIÉ AVEC ANCIENNETÉ CONVENTIONNELLE	
Quel est l'objet du régime ?	5
Quel est le personnel concerné ?	5
Comment bénéficier de remboursements rapides ?	5
Quels sont les actes et frais garantis ?	5
Résumé de la garantie	6
Quand débute la garantie ?	8
Garantie de couverture	8
Quand cesse-t-elle ?	8
Peut-elle être maintenue ?	8
Cotisations	10

VOS RÉGIMES DE BASE FACULTATIFS	11
----------------------------------------	-----------

SALARIÉ SANS ANCIENNETÉ CONVENTIONNELLE (ADHÉSION VOLONTAIRE ANTICIPÉE)	
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
Quand cesse-t-elle ?	11

AYANTS DROIT	
Quel est l'objet du régime ?	12
Quels sont les bénéficiaires ?	12
Comment affilier vos ayants droit ?	12
Quels sont les actes et frais garantis ?	12
Quand débute la garantie de vos ayants droit ?	12
Quand cesse-t-elle ?	12

VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF « GARANTIE + »	13
-----------------------------------------------------------------	-----------

SALARIÉS ET AYANTS DROIT	
Quel est l'objet du régime ?	13
Quels sont les bénéficiaires ?	13
Comment bénéficier de remboursements rapides ?	13
Quels sont les actes et frais garantis ?	13
Résumé de la garantie	14
Exemples	15
Quand débute votre garantie ?	16
Quand cesse votre garantie ?	16

DISPOSITIONS COMMUNES À VOS RÉGIMES FACULTATIFS	17
--------------------------------------------------------	-----------

Durée de votre affiliation	17
Cotisations	17
Indexation	17
Adhésion à distance	17
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	18

GÉNÉRALITÉS **19**

Exclusions et limites de la garantie	19
Plafond des remboursements	19
Recours contre les tiers responsables	20
Prescription	20
Réclamations - médiation	20
Informatique et libertés / lutte contre la fraude	20
Autorité de contrôle	20

MODALITÉS DE GESTION **21**

Comment s'effectuent vos remboursements ?	21
Paieement des prestations	21
Demande de justificatifs	21
Le tiers payant	22
Tiers payant optique avec almerys	23
Trouver un professionnel de santé proche de chez moi	23
Accord de prise en charge	23
Quelques informations utiles	23
Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées	24

DES AIDES ET SERVICES POUR FACILITER LA VIE DES INTÉRIMAIRES **26**

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION **27**

À DÉTACHER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

PRÉSENTATION

VOTRE ENTREPRISE A MIS EN PLACE LE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE AU PROFIT DES SALARIÉS INTÉRIMAIRES RELEVANT DE L'ACCORD DU 4 JUIN 2015 *.

* Auquel se substitue l'accord du 14 décembre 2015, et par ses avenants n° 1 du 30 septembre 2016 et n° 2 du 9 décembre 2016.

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 (voir définition page 5 de la présente notice).

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

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

Les garanties figurant dans la présente notice sont coassurées par :

- **AG2R Réunica Prévoyance**, membre de AG2R LA MONDIALE – Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – 104/110, boulevard Haussmann 75008 PARIS – Membre du GIE AG2R Réunica ;
- **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE ET CUIRE ;

dénommés « les organismes coassureurs » dans la présente notice.

Elles sont gérées par SIACI SAINT HONORÉ (INTÉRIMAIRES SANTÉ), dénommé « le gestionnaire » dans la présente notice.

Cette NOTICE D'INFORMATION s'applique à compter du **1^{er} janvier 2017**. Elle est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

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

VOTRE RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE

SALARIÉ AVEC ANCIENNETÉ CONVENTIONNELLE

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

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

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

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

- avoir effectué plus de 414 heures de travail ⁽¹⁾ 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.

⁽¹⁾ 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 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 bulletin individuel d'affiliation 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 salarié (viable ou mort-né), il est versé une allocation égale au forfait en vigueur au jour de l'événement (voir au résumé de la garantie). Cette allocation est également versée en cas d'adoption d'un enfant mineur.

RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

RÉGIME DE BASE

POSTES	PRESTATIONS Y COMPRIS LA PART SÉCURITÉ SOCIALE DU RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE ⁽¹⁾
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour ⁽²⁾	100 % de la BR
Forfait hospitalier ⁽³⁾	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Chambre particulière ⁽⁴⁾	20 € / jour
Transport remboursé par la Sécurité sociale	
Transport	100 % de la BR
Actes médicaux	
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
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
Analyses	100 % de la BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Hors pharmacie remboursée à 15 % (vignette orange)	100 % de la BR
Dentaire	
Consultations et soins dentaires	100 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (dont inlay, onlay)	200 % de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	200 % de la BR
Optique: le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽⁵⁾	
Monture et 2 verres simples ⁽⁶⁾	RSS + 125 € (dont 60 € pour la monture)
Monture, 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe ⁽⁶⁾	RSS + 150 € (dont 60 € pour la monture)
Monture et 2 verres complexes ou hypercomplexes ⁽⁶⁾	RSS + 200 € (dont 60 € pour la monture)
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale, y compris jetables	RSS + 50 € (avec un minimum de 100 % de la BR)
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives, orthopédie et autres prothèses	150 % de la BR
Maternité / Adoption	
Par enfant déclaré	Forfait de 300 €

Actes de prévention

Voir détail ci-après

100 % de la BR

BR = base de remboursement Sécurité sociale.**D.P.T.M.** = dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

- C.A.S. = contrat d'accès aux soins ;
- OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée ;
- OPTAM CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = frais réels.**RSS** = remboursement Sécurité sociale.

- (1) Dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires. Les montants des prestations indiqués dans le tableau s'entendent pour les secteurs conventionné et non conventionné. Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.
- (2) Sans limitation de durée.
- (3) La demande de prise en charge du forfait hospitalier est obligatoire. Le forfait hospitalier est versé sans limitation de durée uniquement pour les établissements de santé.
- (4) Limité à 7 jours.
- (5) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.
- (6) Types de verres :
- Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptrie 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.

Actes de prévention

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1^{er} et 2^e molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire.
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage de l'hépatite b (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010),
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015),
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011),
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012),
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7, la prise en charge est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
 - coqueluche : avant 14 ans,
 - hépatite B : avant 14 ans,
 - BCG : avant 6 ans,
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - haemophilus influenzae B,
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

- À la date d'effet du contrat d'adhésion si vous remplissez déjà les conditions requises avant cette date (voir « quel est le personnel concerné ? » page 5) ;
- ou au 1^{er} jour du mois* qui suit celui où vous remplissez les conditions requises ;
- 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 » page 9).

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

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

QUAND CÈSSE-T-ELLE ?

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

- au lendemain du dernier jour de votre contrat de mission (sauf en cas de maintien de la garantie au titre de la portabilité [voir « En cas de rupture du contrat de travail ou de fin du contrat de mission : la portabilité des droits » page 9]) ;
- à l'issue de la période de portabilité, si vous n'avez pas retrouvé un emploi dans la branche du travail temporaire ;
- lorsque vous ne relevez plus du statut de salarié intérimaire ;

CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

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

- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

Les garanties sont suspendues :

- pour le salarié dont le contrat de mission est suspendu, aucune cotisation n'étant due pendant cette période (sauf en cas de maintien des garanties tel que détaillé ci-après) ;
 - en cas de non-paiement des cotisations.
- Tout paiement versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par vos soins.

PEUT-ELLE ÊTRE MAINTENUE ?

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

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

La garantie est maintenue, moyennant paiement des cotisations, au salarié dont le contrat de mission est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, partiel ou total, de l'employeur ou des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur. En tout état de cause, le maintien de la garantie cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

Exonération des cotisations

Lorsque la suspension du contrat de travail est due à un arrêt de travail ou à un congé de maternité, et que le salarié est indemnisé à ce titre par la Sécurité sociale, le maintien des garanties est assuré **à titre gratuit**, pendant une période maximale de 7 mois. En tout état de cause, ce maintien des garanties n'a pas pour effet de suspendre la période de portabilité (voir définition de la portabilité ci-après).

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

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

EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL OU DE FIN DU CONTRAT DE MISSION : LA PORTABILITÉ DES DROITS

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

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

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

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

Durée de la période de portabilité

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

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

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

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

- lorsque l'ancien salarié reprend une activité professionnelle (cependant, à l'issue de la durée initiale de 2 mois, la portabilité peut être suspendue, à titre exceptionnel et une seule fois, sur demande expresse du salarié intérimaire formulée auprès du gestionnaire, à condition de reprendre une activité professionnelle hors intérim d'une durée maximale de 4 semaines), ou
- dès qu'il ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, ou
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, ou
- en cas de décès de l'ancien salarié, ou
- 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, en vue de bénéficier, si nécessaire, de la prolongation de la période de portabilité et renvoie ses cartes TP en cours de validité.

Si l'ancien salarié a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment sera mise en œuvre.

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

Sont visées notamment les causes suivantes :

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

Paiement des prestations

L'ancien salarié devra produire au gestionnaire le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation.

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'examen ou questionnaires médicaux au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ;
- ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement ;

sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les **6 mois** qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

Ayants droit couverts d'un salarié décédé

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

Ces ayants droit devront en faire la demande et

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

Cessation de la garantie collective

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

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

COTISATIONS

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

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

Les taux de cotisations figurent sur votre bulletin de salaire.

VOS RÉGIMES DE BASE FACULTATIFS

SALARIÉ SANS ANCIENNETÉ CONVENTIONNELLE (ADHÉSION VOLONTAIRE ANTICIPÉE)

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

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

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Vous-même, salarié intérimaire d'une entreprise relevant de la branche du travail temporaire, en mission et ne remplissant pas les conditions d'affiliations définies page 5.

COMMENT 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 page 6.

QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

Au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'affiliation 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 votre famille la même prestation dont vous bénéficiez, en complément des régimes de base de Sécurité sociale en cas de **frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation**, dans la limite des frais réellement engagés.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

- **Votre conjoint**, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité (salarié ou non).
- Les **enfants de moins de 21 ans** à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin au sens fiscal et, par extension;
- les **enfants de moins de 28 ans** à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin, s'ils poursuivent des études ou s'ils sont en formation en alternance;
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les **enfants infirmes** (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après,
 - pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
 - ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
 - bénéficiaires d'une pension alimentaire que l'assuré est autorisé à déduire de son revenu imposable.

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

Les justificatifs ⁽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

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.

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 ».

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Les garanties sont identiques à celles du régime de base obligatoire définies expressément au résumé des garanties figurant page 6.

QUAND DÉBUTE LA GARANTIE DE VOS AYANTS DROIT ?

Au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin individuel d'affiliation.

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.

SITUATION FAMILIALE

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

VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF « GARANTIE + »

SALARIÉS ET AYANTS DROIT

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

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

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

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

- **Vous-même**, salarié intérimaire de la branche du travail temporaire ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Voir conditions d'affiliation page 5.

- **Votre conjoint**, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité (salarié ou non);
- **vos enfants à charge** (voir définition au titre du chapitre « VOS RÉGIMES DE BASE FACULTATIFS - AYANTS DROIT »).

COMMENT BÉNÉFICIER DE REMBOURSEMENTS RAPIDES ?

Complétez la partie « ADHÉSION FACULTATIVE - Régime surcomplémentaire facultatif » du bulletin d'affiliation santé.

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

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

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

RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

RÉGIME GARANTIE +

POSTES	PRESTATIONS EN COMPLÉMENT DES PRESTATIONS DU RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE (VOIR PAGE 6) ⁽¹⁾
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 100 % de la BR
Actes médicaux	
Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 80 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 60 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 80 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 60 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 80 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 60 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 80 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 60 % de la BR
Auxiliaires médicaux	+ 20 % de la BR
Dentaire	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (dont inlay, onlay)	+ 120 % de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	+ 120 % de la BR
Optique: le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue⁽²⁾	
Monture et 2 verres simples ⁽³⁾	+ 150 € ⁽⁴⁾
Monture, 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe ⁽³⁾	+ 150 € ⁽⁴⁾
Monture et 2 verres complexes ou hypercomplexes ⁽³⁾	+ 150 € ⁽⁴⁾
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale, y compris jetables	+ 75 €
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	+ 260 € / oreille / an

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

D.P.T.M. = dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir:

- C.A.S. = contrat d'accès aux soins;
- OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée;
- OPTAM CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

(1) Dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires. Les montants des prestations indiqués dans le tableau s'entendent pour les secteurs conventionné et non conventionné. Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

(2) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(3) Types de verres:

- Verre simple: verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptrie 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.

(4) Compte tenu de la garantie de Base et de la Garantie +, le montant global du remboursement de la monture est limité à 120 € maximum.

EXEMPLES

Législation en vigueur en **JANVIER 2017**.

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS		RESTE À VOTRE CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME COASSUREUR ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné ⁽²⁾					
Régime de base seul	50,00 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	8,40 €	23,00 €
Régime de base et régime « Garantie + »	50,00 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	30,40 €	1,00 €
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale					
Régime de base seul	450 €	107,50 €	75,25 €	139,75 €	235,00 €
Régime de base et régime « Garantie + »	450 €	107,50 €	75,25 €	268,75 €	106,00 €
Optique					
Monture + 2 verres					
Régime de base seul	400 €	17,48 € ⁽⁴⁾	10,48 €	200,00 € ⁽⁵⁾	189,52 €
Régime de base et régime « Garantie + »	400 €	17,48 € ⁽⁴⁾	10,48 €	350,00 € ⁽⁵⁾	39,52 €

(1) Dans la limite des frais réels restant à charge.

(2) Dans le cadre du parcours coordonné, chez un médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, sur avis du médecin traitant.

(3) Cet exemple tient compte de la contribution forfaitaire de 1 € laissée à votre charge (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

(4) Exemple pour deux verres à 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.

(5) Dont un montant de 150 € maximum au titre de la seule monture.

ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION À COMPTER DU

1^{ER} JUILLET 2017

Pour la consultation d'un spécialiste adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (dans le cadre du parcours de soins coordonnés, sur avis du médecin traitant), la base de remboursement de la Sécurité sociale passe de 28,00 € à 30,00 €.

Par conséquent les remboursements et le reste à charge évoluent comme suit :

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS		RESTE À VOTRE CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME COASSUREUR	
Spécialiste conventionné					
Régime de base seul	50 €	30 €	20,00 €	10,00 €	20,00 €
Régime de base et régime « Garantie + »	50 €	30 €	20,00 €	29,00 €	1,00 €

LEXIQUE

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (D.P.T.M.)

Dispositif mis en place par convention entre l'Assurance maladie et certains praticiens, ayant pour objectif un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux. Au 1^{er} janvier 2017, ces praticiens peuvent adhérer à un des D.P.T.M. suivants :

- C.A.S : contrat d'accès aux soins,
- OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée,
- OPTAM-CO : option tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens.

Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), classification commune des actes médicaux (CCAM)

Liste codifiée des produits et des actes donnant lieu à un remboursement par la sécurité sociale. Pour certains actes techniques médicaux, la NGAP est remplacée depuis 2004 par la CCAM.

QUAND DÉBUTE VOTRE GARANTIE ?

Au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin individuel d'affiliation.

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.

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.

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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 à tout moment par lettre recommandée avec accusé de réception.

COTISATIONS

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

- www.interimairesSante.fr

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

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

INDEXATION

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

Cette indexation vous est communiquée, moyennant

un préavis de 2 mois par rapport à la date d'effet prévue.

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

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

ADHÉSION À DISTANCE

DÉFINITION

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

ÉLÉMENTS COMMUNIQUÉS À L'ASSURÉ

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

- 1/La dénomination de l'entreprise d'assurance contractante, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture.
- 2/Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l'assuré de vérifier celle-ci.
- 3/La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci.
- 4/La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance.
- 5/L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation

et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L'assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation.

6/La loi sur laquelle l'assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'assureur s'engage à utiliser, avec l'accord de l'assuré, pendant la durée du contrat.

7/Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

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

DROIT À RENONCIATION

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

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

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

Lorsque l'assuré exerce son droit de renonciation, il est tenu au paiement de la cotisation correspondant à la période durant laquelle le risque a couru, à l'exclusion de toute pénalité.

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

ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ASSURÉ

DÉFINITION

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

DROIT À RENONCIATION

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

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

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

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

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

MODÈLE DE RENONCIATION

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

J'ai souscrit une adhésion auprès de votre organisme

le ____ / ____ / ____,

sous le numéro _____.

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

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

Date et Signature

GÉNÉRALITÉS

EXCLUSIONS ET LIMITES DE LA GARANTIE

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

EXCLUSIONS

Sauf indication contraire figurant au résumé de la garantie, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

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

Les organismes coassureurs ne prendront pas en charge les soins indemnifiés au titre :

- de la législation sur les pensions militaires ;
- de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
- des conséquences de guerre civile ou étrangère, de la désintégration du noyau atomique.

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et

- L.1111-15 du Code de la santé publique) ;
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

LIMITES DE LA GARANTIE

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

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

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

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

Maternité : la garantie maternité n'intervient que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité. L'article D.331 du Code de la Sécurité sociale prévoit que cette période débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine 12 jours après l'accouchement.

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

PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

La participation des organismes coassureurs ne

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

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

RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

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

PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par les organismes coassureurs à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion

dont dépend l'entreprise adhérente.

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à AG2R LA MONDIALE - Direction de la Qualité - 104/110 boulevard Haussmann - 75379 Paris CEDEX 08.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur de AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Émile Zola - Mons en Barœul - 59896 Lille CEDEX 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations de AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP 10 rue Cambacérés - 75008 Paris.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Les données à caractère personnel traitées par votre Organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, être communiquées aux membres de AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront notamment, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services.

Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande. Les données personnelles collectées au titre de la gestion de votre contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Ces données seront conservées pour la durée de votre contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE - À l'attention du Correspondant Informatique et Libertés - 104/110 bd Haussmann - 75379 PARIS CEDEX 08, ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr En application de l'article 40-1 de la même loi, nous vous informons que vous disposez du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les organismes coassureurs sont soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).

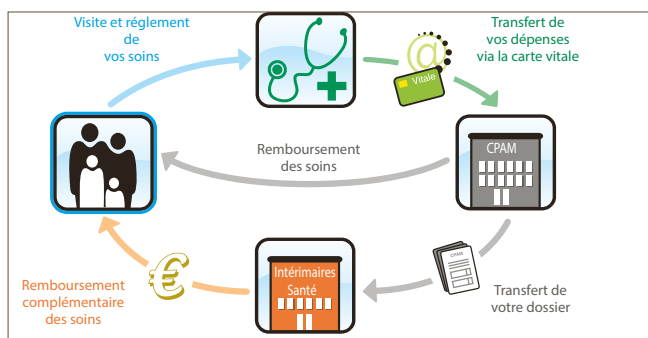
MODALITÉS DE GESTION

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 / Mes coordonnées.

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):

- Avis des sommes à payer ou bordereau de facturation;
- 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 datant de moins de 3 ans;
- sans la télétransmission NOEMIE: le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli + la facture détaillée + la prescription médicale datant de moins de 3 ans.

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 datant de moins de 3 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;
- 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

- Les reçus correspondants au ticket modérateur.

SOINS NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

- Les factures détaillées;
- la prescription médicale.

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

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...).

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.

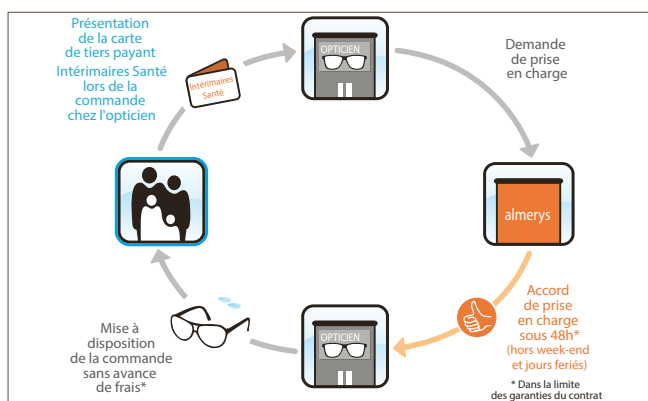
TIERS PAYANT OPTIQUE AVEC ALMERYS

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.



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.

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.

QUELQUES INFORMATIONS UTILES

LE MÉDECIN TRAITANT

À partir de l'âge de 16 ans, chaque personne doit déclarer son médecin traitant. Il n'y a pas de contrainte géographique, le choix est totalement libre. Consulter votre médecin traitant vous apporte

CONSEIL

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

un double avantage :

- vous êtes mieux soigné grâce à un suivi médical personnalisé dans le temps ;
- vous êtes mieux remboursé.

Si vous n'avez pas encore de médecin traitant déclaré ou si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés, vous serez moins bien remboursé par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Sur www.ameli.fr, rubrique Formulaires / Médecin traitant, téléchargez la Déclaration de choix du médecin traitant et renvoyez-la complétée à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Il vous est recommandé de suivre le parcours de soins coordonnés. Pour certains actes spécifiques, vous devez d'abord consulter un médecin généraliste qui vous orientera ensuite vers un spécialiste. Dans le cas inverse, des pénalités (Majoration du Ticket Modérateur, il s'agit de la diminution du pourcentage de prise en charge par la Sécurité sociale) pourront être appliquées, ainsi qu'un dépassement d'honoraires. Dans le cadre des contrats responsables, INTÉRIMAIRES SANTÉ ne prend pas en charge les pénalités financières.

Pour anticiper vos dépenses en dentaire, optique et appareillage..., pensez à demander un devis par écrit, et consultez éventuellement un autre professionnel de santé. Avant tout engagement de frais, vous pouvez demander une estimation à INTÉRIMAIRES SANTÉ, en nous envoyant votre devis pour connaître le montant de votre remboursement.

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

La Sécurité sociale fixe une base de remboursement pour chaque acte médical. Lorsque la consultation (ou l'acte médical) est supérieure à ce tarif, on parle de dépassement d'honoraires.

Par exemple, la Sécurité sociale fixe le tarif d'une consultation à 23 € chez un spécialiste de secteur 2, le patient doit régler 60 €, la différence de 37 € (= 60 - 23 €) correspond au dépassement d'honoraires qui n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale. Pour en savoir plus sur les dépassements d'honoraires des professionnels de santé, renseignez-vous sur le secteur d'appartenance de votre médecin et consultez le site www.ameli-direct.ameli.fr.

Les médecins conventionnés du secteur 1 appliquent le tarif de convention fixé par la Sécurité sociale. Les médecins conventionnés du secteur 2 pratiquent des honoraires libres, ils sont autorisés à appliquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.

DISPOSITIFS DE PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES

LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (C.A.S.)

Le Contrat d'Accès aux Soins (C.A.S.) permet de

réguler les dépassements d'honoraires de certains professionnels de santé. Une consultation, dans le cadre du parcours de soins, chez un médecin adhérent à un D.P.T.M., sera mieux remboursée grâce à l'alignement des tarifs de remboursement par la Sécurité sociale, par rapport aux non-signataires à un D.P.T.M.. Rendez-vous sur www.ameli-direct.ameli.fr pour trouver les professionnels de santé adhérents.

En contrepartie, les médecins à honoraires libres*, adhérents à un D.P.T.M., s'engagent à geler leurs tarifs pendant 3 ans et bénéficient de la prise en charge par la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) d'une partie des cotisations sociales.

* Seuls les médecins de secteur 2, les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent, les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral et qui ont les titres leur permettant d'exercer en secteur 2, les médecins titulaires des titres requis pour l'exercice en secteur 2 et installés en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013, peuvent adhérer à un D.P.T.M..

OPTAM / OPTAM CO

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

Rendez-vous sur « annuaire.ameli.fr » pour trouver les médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM CO.

LES VISITES DE CONTRÔLE DE SANTÉ

Pour protéger votre santé, l'Assurance Maladie prend en charge certains actes de prévention.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter www.ameli.fr, rubrique Professionnels de santé / Médecins / Vous former et vous informer / Prévention prise en charge par l'Assurance Maladie.

LA FRANCHISE MÉDICALE

La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

À noter : la franchise ne s'applique ni aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence.

UN PLAFOND ANNUEL

Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

UN PLAFOND JOURNALIER

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

On ne peut pas déduire :

- plus de 2 € par jour pour les actes paramédicaux chez le même professionnel,
- plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Toutes les personnes sont concernées par la franchise, sauf :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide médicale de l'État (AME) ;
- les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après la date de l'accouchement) ;
- les pensionnés visés à l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 €

Pour préserver notre système de santé, une participation forfaitaire de 1 € vous est demandée.

Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Vous êtes concerné par la participation forfaitaire de 1 € si vous avez plus de 18 ans depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours.

Il n'y a pas de participation forfaitaire de 1 € à régler :

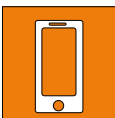
- pour les consultations des enfants et des jeunes de moins de 18 ans ;
- à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après la date de l'accouchement ;
- si vous êtes bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

CONTACTER MON CENTRE DE GESTION INTÉRIMAIRES SANTÉ



INTERNET

www.interimairesSante.fr



APPLICATION MOBILE

Disponible sur App store et Google play



INTÉRIMAIRES SANTÉ

43, rond-point de l'Europe
51430 BEZANNES



CENTRE RELATIONS CLIENTS

01 44 20 47 40

Du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h00

INTÉRIMAIRES

Découvrez les aides et services
pour faciliter la vie



LOGEMENT



DÉPLACEMENT



SANTÉ



ENFANTS



ACTION SOCIALE



CRÉDIT



fastt

Et la vie des intérimaires est facilitée

0 800 28 08 28

Service & appel
gratuits

www.fastt.org

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

À DÉTACHER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné, _____

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

À _____

Le __ / __ / ____

Signature

AG2R LA MONDIALE
104-110 bd Haussmann
75379 Paris CEDEX 08
Tél.: 0 969 32 2000
(appel non surtaxé)
www.ag2rlamondiale.fr

APICIL Prévoyance
38 rue François Peissel
69300 CALUIRE ET CUIRE
www.apicil.com

AG2R Réunica Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre de AG2R LA MONDIALE - 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris - Membre du GIE AG2R Réunica.

APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE ET CUIRE.