

Brochure n° 3212

Accords nationaux  
**ENTREPRISES DE TRAVAIL TEMPORAIRE**  
**Personnels intérimaires**  
**Personnels permanents**

---

AVENANT N° 4 DU 22 DÉCEMBRE 2017  
RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1850286M

Entre :

PRISM Emploi,

D'une part, et

CGT-FO ;

FNECS CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire ont conclu le 14 décembre 2015 l'accord relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires afin de prendre en compte la spécificité de l'intérim. Il a pour objectif de faire de la complémentaire santé un droit attaché à la personne, reposant sur une mutualisation des risques au sein de la branche et non de l'entreprise. Ainsi, cet accord a institué un régime mutualisé entre tous les salariés intérimaires et toutes les entreprises de travail temporaires et les entreprises de travail temporaire d'insertion, renforçant les garanties contre certains risques dans le cadre des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Cet accord a été modifié par trois avenants datés du 30 septembre 2016, du 9 décembre 2016 et du 6 octobre 2017 afin d'adapter certaines de ses stipulations.

Les partenaires sociaux conviennent de faire évoluer la garantie optionnelle facultative en niveau, nature et montant, ainsi que de renforcer le pilotage du régime collectif obligatoire et du régime optionnel facultatif.

## **Article 1<sup>er</sup>**

### *Évolutions des garanties du régime facultatif optionnel*

#### 1.1. Révision des articles 10.1 et 10.2 « Niveau des garanties du régime collectif obligatoire »

La nature et le montant des garanties du régime collectif obligatoire visés aux articles 10.1 et 10.2 de l'accord du 14 décembre 2015 sont modifiés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, conformément au tableau porté à l'annexe 3 intitulée « Nature et montant des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative » du présent avenant.

Cette annexe 3 se substitue à l'annexe 1.

#### 1.2. Révision de l'article 11.2.2 « Niveau de la garantie optionnelle facultative »

La nature et le montant des garanties du régime collectif obligatoire visés à l'article 11.2.2 de l'accord du 14 décembre 2015 sont modifiés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, conformément au tableau porté à l'annexe 3 intitulée « Nature et montant des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative » du présent avenant.

Cette annexe 3 se substitue à l'annexe 2.

## **Article 2**

### *Révision de l'article 15.2 « Suivi du régime au cours des 2 premières années (2016 et 2017) »*

L'article 15.2 « Suivi du régime au cours des 2 premières années (2016 et 2017) » est réécrit comme suit :

#### « 15.2. Suivi du régime collectif obligatoire et du régime optionnel facultatif

Afin d'assurer le pilotage du régime collectif obligatoire et du régime optionnel facultatif, la commission paritaire spécifique du FASTT (dite "commission mutuelle") se réunira trimestriellement dans le cadre de la mission définie à l'article 15.1, afin d'examiner l'équilibre des comptes du régime collectif obligatoire et du régime optionnel facultatif (niveau des garanties, montant des cotisations, nombre et profil des souscripteurs...).

La fréquence des réunions pourra évoluer selon les besoins du régime.

La commission sera informée, par l'opérateur de gestion et les coassureurs recommandés, des réclamations et litiges formulés par les salariés intérimaires et les entreprises.

L'opérateur de gestion et le ou les organismes assureurs recommandés s'engagent à fournir toutes les informations, éléments d'ordre économique, financier et social nécessaires au suivi du régime général et du régime optionnel facultatif. »

## **Article 3**

### *Insertion de l'article 15.3 « Études des données issues du décompte de l'ancienneté »*

L'article 15 « Gouvernance du régime » est complété par l'article 15.3 créé ainsi :

#### « Article 15.3

##### *Études des données issues du décompte de l'ancienneté*

Pour rappel, un opérateur de gestion a été désigné comme le gestionnaire exclusif du décompte de l'ancienneté (l'ancienneté conditionnant l'éligibilité au régime frais de santé des salariés intérimaires). À ce titre, il est en charge de la collecte et de la consolidation des heures travaillées par les salariés intérimaires, ainsi que du décompte de leur ancienneté relatif aux heures travaillées dans les différentes entreprises de travail temporaire.

Dans le cadre de la mission assurée dans la branche par l'OIR (observatoire de l'intérim et du recrutement) et afin de lui permettre d'étudier les données relatives aux salariés intérimaires (résul-

tant des heures travaillées dans l'intérim dans les différentes entreprises de travail temporaire), en conformité avec le règlement général sur la protection des données et la loi informatique et libertés, les partenaires sociaux confient à l'OIR la mission d'exploitation des indicateurs issus du décompte de l'ancienneté.

Afin que l'OIR puisse réaliser ses études, dans le respect du règlement général sur la protection des données et de la loi informatique et libertés, les bases de données nécessaires seront créées, pseudonymisées, hébergées et traitées par un tiers de confiance : soit l'opérateur de gestion désigné comme le gestionnaire exclusif du décompte de l'ancienneté, soit un autre opérateur.

Par ailleurs, l'opérateur de gestion organise son système d'information et ses échanges avec les salariés intérimaires, en conformité avec les règlements relatifs à la protection des données personnelles, de façon à rendre possible et maximiser, pour les salariés intérimaires ayant donné leur consentement, la réalisation de toutes opérations d'enquêtes ou de communication, à l'initiative des organismes paritaires de la branche, et contribuer ainsi à l'accès des intérimaires à leurs droits, aux services qui leur sont proposés, et contribuer au pilotage et à l'amélioration des dispositifs qui leur sont destinés. »

#### **Article 4**

##### *Entrée en vigueur. – Durée*

Le présent avenant porte révision de l'accord du 14 décembre 2015 relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires, il se substitue de plein droit aux stipulations de cet accord, conformément à l'article L. 2261-8 du code du travail.

Il est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

#### **Article 5**

##### *Dépôt et extension*

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt et extension dans les conditions prévues aux articles L. 2231-5 à L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Paris, le 22 décembre 2017.

(Suivent les signatures.)

### ANNEXE 3

#### NATURE ET MONTANT DES GARANTIES DU RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE ET DE LA GARANTIE OPTIONNELLE FACULTATIVE

NATURE DES FRAIS	GARANTIE DE BASE Remboursements sécurité sociale inclus (assiette BR)	GARANTIE + Remboursements sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)
Actes médicaux		
Professionnels de santé adhérents à un DPTM		
Généralistes (consultations et visites)	100 % BR	180 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	100 % BR	180 % BR
Actes techniques médicaux (ATM) et radiologie	100 % BR	180 % BR
Professionnels de santé non adhérents à un DPTM		
Généralistes (consultations et visites)	100 % BR	160 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	100 % BR	160 % BR
Actes techniques et médicaux (ATM) et radiologie	100 % BR	160 % BR
Autres actes médicaux		
Auxiliaires médicaux	100 % BR	120 % BR
Analyses médicales	100 % BR	100 % BR
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour établissements conventionnés et non conventionnés par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée	Frais réels, limités au forfait réglementaire en vigueur	Frais réels, limités au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires médicaux et chirurgicaux pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	250 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	200 % BR
Chambre particulière	25 € par jour (durée maximale 7 jours)	25 € par jour (durée maximale 7 jours)
Forfait maternité	300 €	300 €
Pharmacie		
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale (hors médicaments remboursés à 15 % par la sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR
Dentaire		
Consultations et soins dentaires (hors inlay-onlay)	100 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (dont inlay-onlay)	240 % BR	320 % BR
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	200 % BR	320 % BR

NATURE DES FRAIS	GARANTIE DE BASE Remboursements sécurité sociale inclus (assiette BR)	GARANTIE + Remboursements sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)
Optique – Verres et monture : se référer à la grille optique verres et monture ci-après		
Lentilles prises ou non en charge par la sécurité sociale (y compris les lentilles jetables)	RSS + 110 € par an et par bénéficiaire (avec un minimum de 100 % de la BR)	RSS + 125 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive	400 € par œil	400 € par œil
Autres		
Grands et petits appareillages (orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils) pris en charge par la sécurité sociale	150 % BR	150 % BR
Prothèses auditives prises en charge de par la sécurité sociale	150 % BR + 200 € par oreille et par an	150 % BR + 260 € par oreille et par an
Actes de prévention	100 % BR	100 % BR
Ostéodensitométrie non remboursée par la sécurité sociale	35 € par acte	35 € par acte
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie	25 € par séance dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire	25 € par séance dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire
Transport	100 % BR	100 % BR

Optique – Grille verres et monture						
Garantie de base – remboursements sécurité sociale inclus						
Défaut visuel			Dans le réseau Itelis		Hors réseau Itelis	
Classe de défaut visuel	Myopie ou hypermétropie (en dioptrie)	Astigmatisme (en dioptrie)	Verre simple foyer	Verre progressif jusqu'à la 4 <sup>e</sup> génération	Verre simple foyer adultes/ enfants **	Verre progressif
Classe 1 De 0 à 2						
		Inférieur ou égal à 2	Résistant aux rayures	Résistant aux rayures	RSS + 33 € RSS + 26 €	RSS + 94 €
Classe 2 De 0 à 2 ou de 2,25 à 4						
		De 2,25 à 4 ou inférieur ou égal à 2	Aminci super antireflets	Aminci super antireflets	RSS + 38 € RSS + 31 €	RSS + 104 €
Classe 3 De 2,25 à 4 ou de 4,25 à 6						
		De 2,25 à 4 ou inférieur ou égal à 4	Super aminci Super antireflets	Super aminci super antireflets	RSS + 58 € RSS + 51 €	RSS + 124 €
Classe 4 De 6,25 à 8 ou de 0 à 8						
		Inférieur ou égal à 4 ou supérieur ou égal à 4,25	Ultra aminci super antireflets haut de gamme	Ultra aminci super antireflets haut de gamme	RSS + 76 € RSS + 64 €	RSS + 144 €

Classe 5	Supérieur ou égal à 8,25					
		Tous cylindres	Ultra aminci précalibrage/ optimisation d'épaisseur super antire- flets haut de gamme	Ultra aminci précalibrage/ optimisation d'épaisseur su- per antireflets haut de gamme	RSS + 104 € RSS + 82 €	RSS + 165 €
Monture : RSS + 60 €						
Limite de consommation : 1 équipement tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue médicalement constatée – période réduite à 1 an) *.						

Garantie + remboursements sécurité sociale et régime de base inclus						
Défaut visuel			Dans le réseau Itelis		Hors réseau Itelis	
Classe de défaut visuel	Myopie ou hypermétropie (en dioptrie)	Astigmatisme (en dioptrie)	Verre simple foyer	Verre progressif jusqu'à la 5 <sup>e</sup> génération	Verre simple foyer adultes/ enfants **	Verre progressif
Classe 1	De 0 à 2					
		Inférieur ou égal à 2	Super antireflets haut de gamme	Super antireflets haut de gamme	RSS + 58 € RSS + 51 €	RSS + 134 €
Classe 2	De 0 à 2 ou de 2,25 à 4					
		De 2,25 à 4 ou inférieur ou égal à 2	Aminci super antireflets haut de gamme	Aminci super antireflets haut de gamme	RSS + 68 € RSS + 61 €	
Classe 3	De 2,25 à 4 ou de 4,25 à 6					
		De 2,25 à 4 ou inférieur ou égal à 4	Super aminci super antireflets haut de gamme	Super aminci super antireflets haut de gamme	RSS + 78 € RSS + 71 €	RSS + 174 €
Classe 4	De 6,25 à 8 ou de 0 à 8					
		Inférieur ou égal à 4 ou supérieur ou égal à 4,25	Surface asphérique ultra aminci super antireflets haut de gamme	Ultra aminci super antireflets haut de gamme	RSS + 96 € RSS + 89 €	RSS + 194 €
Classe 5	Supérieur ou égal à 8,25					
		Tous cylindres	Surface asphérique ultra aminci précalibrage/ optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme	Ultra aminci précalibrage/ optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme	RSS + 124 € RSS + 102 €	RSS + 205 €

Monture : adultes : RSS + 120 €/enfants : RSS + 102 €

Limite de consommation : 1 équipement tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue médicalement constatée – période réduite à 1 an)\*.

\* 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 le co-assureur.

\*\* Adultes : 18 ans et plus.

\*\* Enfants : moins de 18 ans.

Ces remboursements sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

BR : base de remboursement de la sécurité sociale.

RSS : remboursement sécurité sociale.

€ : euro.

DPTM : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : CAS : contrat d'accès aux soins ; OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM CO : option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.