



Cadre réservé à SMI :

N° de Section

Code d'intérim

N° d'adhésion

Adhésion Modification ou adhésion d'un nouveau bénéficiaire

Votre numéro SMI (si vous en possédez un)

Garantie choisie : Bronze Argent Or Option SMI Assistance :

Votre régime : Régime Général de la Sécurité Sociale Régime Spécial de l'Alsace-Moselle (copie de l'attestation vitale à produire obligatoirement)

Bénéficiaires	Nom - Prénom (en majuscules)	Date de naissance			N° Sécurité Sociale	Clé	Date d'adhésion souhaitée à la SMI		Réservé SMI Stage
		Jour	Mois	Année			Mois	Année	
01 - Salarié(e) intérimaire									
Nom de jeune fille									
02 - Conjoint(e), Concubin(e), Pacsé(e)									
Nom de jeune fille									
Enfants du plus âgé au dernier né.									
1 ^{er} enfant									
2 ^e enfant									
3 ^e enfant									
4 ^e enfant									
5 ^e enfant									
6 ^e enfant									

Votre adresse N° Rue :
 Résidence : Bâtiment / Escalier :
 Code postal : Ville : Tél. :
 E mail :

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'adhésion, des garanties et des cotisations en vigueur à la date de mon adhésion.

Fait à :

le : ___ / ___ / 20__

Lu et approuvé

Signature :

N'oubliez pas de signer votre autorisation de prélèvement.

Veillez joindre obligatoirement :

- la photocopie du **contrat de mission (ou bulletins de paie)** en cours ou du mois précédent ;
- la photocopie de votre **attestation vitale** en cours de validité, ainsi que celle de chaque membre de votre famille immatriculé à la Sécurité Sociale, inscrit sur ce formulaire d'adhésion.
- un **relevé d'identité bancaire (RIB)** hors livret d'épargne.
- votre **1^{er} règlement** par chèque ou mandat à l'ordre de SMI correspondant à la cotisation mensuelle ou trimestrielle.
- un **justificatif de scolarité ou d'apprentissage** pour vos enfants du 21^{ème} au 26^{ème} anniversaire.

Pour bénéficier des garanties sans délai de carence :

- si vous aviez une mutuelle, le **certificat de radiation** établi par votre ancienne mutuelle, effectif depuis moins de trois mois.

Pour bénéficier du tarif « Avantage 600 heures » :

- l'**attestation Assedic** délivrée par votre agence d'intérim vous permettant de justifier des 600 heures effectuées en intérim sur les 12 derniers mois (ou photocopie de vos bulletins de salaire).

Pour bénéficier du tarif « Coup de Pouce » :

- l'**attestation Assedic** délivrée par votre agence d'intérim vous permettant de justifier des 600 heures effectuées en intérim ;
- la photocopie du dernier **avis d'impôt** recto/verso si vos revenus familiaux sont inférieurs aux plafonds fixés par le Fastt (Cf. point 8 des conditions d'adhésion au verso du bulletin).

Autorisation de prélèvement

Titulaire du compte à débiter :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par la Société Générale pour le compte de la SMI. En cas de litige sur un prélèvement, je réglerai le différend avec la SMI. Vous n'aurez pas à m'aviser de l'exécution des prélèvements hors de l'extrait de compte que vous m'adresserez, ni éventuellement de leur non exécution.

Je choisis un prélèvement* au 15 de chaque mois

au 15 du premier mois de chaque trimestre

* Sans indication de ma part le prélèvement sera mensuel.

Organisme encaisseur : Société Générale, 43 / 45 avenue Kléber - 75784 Paris Cedex 16
 Numéro national d'émetteur : 130745

RIB

Code Etablissement	Code Guichet	N° de compte	Clé RIB/RIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Fait à : le : ___ / ___ / 20__

Signature du titulaire du compte

N'oubliez pas de signer l'encadré ci-dessus.

IMPORTANT : Joindre obligatoirement un RIB.

Prestations

Dans la limite des frais réels (Sécurité Sociale incluse), en % du BR/TFR et/ou en forfait global

ACTES MÉDICAUX

- Consultations, visites,
- Analyses, auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapeute, etc.)

ACTES DE CHIRURGIE (en cabinet ou à l'hôpital en ambulatoire)

RADIOLOGIE

- Actes d'imagerie – d'Echographie
- Actes Techniques Médicaux

PHARMACIE*

- Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale
- Vaccins

DENTAIRE

- Soins,
- Prothèses remboursées** par la Sécurité Sociale
- Prothèses non remboursées** par la Sécurité Sociale
- Orthodontie acceptée

OPTIQUE (par personne)

- Monture enfants (une fois par an)
- Verres enfants (une fois par an)
- Lentilles acceptées ou refusées (une fois par an)
- Monture adultes (une fois sur deux ans)
- Verres simples adultes (une fois sur deux ans)
- Verres progressifs adultes (une fois sur deux ans)

ORTHOPÉDIE ACOUSTIQUE (par an et par personne)

HOSPITALISATION (avec séjour à l'hôpital)

- Médecine-Chirurgie - Maison de repos : Secteur conventionné (Frais de séjour, actes chirurgicaux et d'anesthésie, actes d'obstétrique si césarienne)
- Médecine-Chirurgie - Maison de repos : Secteur non conventionné (Frais de séjour, actes chirurgicaux et d'anesthésie, actes d'obstétrique si césarienne)
- Forfait journalier (à l'exclusion des établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques)
- Lit d'accompagnement (pour enfant jusqu'à 12 ans)

- Chambre particulière Médecine, chirurgie, maison de convalescence

FRAIS DE TRANSPORT TERRESTRE

CURE THERMALE ACCEPTÉE (par an et par personne)

SANATORIUM

AIDES MÉNAGÈRES

MATERNITÉ OU ADOPTION

- Chambre particulière
- Frais de maternité occasionnés lors de l'hospitalisation


OBSEQUES

- Frais d'obsèques En cas de décès du salarié, du conjoint ou d'un enfant à charge
- Aide immédiate en cas de décès du salarié, du conjoint ou d'un enfant à charge (âgé de + de 12 ans)
- Aide immédiate en cas de décès accidentel

	Garantie BRONZE	Garantie ARGENT	Garantie OR
ACTES MÉDICAUX			
• Consultations, visites,	100 % de BR	100 % de BR	130 % de BR
• Analyses, auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapeute, etc.)	100 % de BR	100 % de BR	125 % de BR
ACTES DE CHIRURGIE (en cabinet ou à l'hôpital en ambulatoire)	100 % de BR	100 % de BR	130 % de BR
RADIOLOGIE			
• Actes d'imagerie – d'Echographie	100 % de BR	100 % de BR	130 % de BR
• Actes Techniques Médicaux	100 % de BR	100 % de BR	130 % de BR
PHARMACIE*			
• Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100 % du TFR	100 % du TFR	100 % du TFR
• Vaccins	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
DENTAIRE			
• Soins,	100 % de BR	100 % de BR	130 % de BR
• Prothèses remboursées** par la Sécurité Sociale	165 % de BR	240 % de BR	280 % de BR
• Prothèses non remboursées** par la Sécurité Sociale		210 % de BR	280 % de BR
• Orthodontie acceptée	165 % de BR	240 % de BR	300 % de BR
OPTIQUE (par personne)			
• Monture enfants (une fois par an)	100 % de BR + supplément global jusqu'à 69 €	RSS + sup. jusqu'à 75 €	RSS + sup. jusqu'à 145 €
• Verres enfants (une fois par an)		RSS + sup. jusqu'à 75 €	RSS + sup. jusqu'à 120 €
• Lentilles acceptées ou refusées (une fois par an)		RSS + sup. jusqu'à 110 €	RSS + sup. jusqu'à 200 €
• Monture adultes (une fois sur deux ans)		RSS + sup. jusqu'à 75 €	RSS + sup. jusqu'à 145 €
• Verres simples adultes (une fois sur deux ans)		RSS + sup. jusqu'à 80 €	RSS + sup. jusqu'à 150 €
• Verres progressifs adultes (une fois sur deux ans)		RSS + sup. jusqu'à 110 €	RSS + sup. jusqu'à 200 €
ORTHOPÉDIE ACOUSTIQUE (par an et par personne)	100 % de BR + 153 €	100 % de BR + 534 €	100 % de BR + 534 €
HOSPITALISATION (avec séjour à l'hôpital)			
• Médecine-Chirurgie - Maison de repos : Secteur conventionné (Frais de séjour, actes chirurgicaux et d'anesthésie, actes d'obstétrique si césarienne)	100 % de BR	100 % de BR	100 % des frais réels limité à 500 % de BR
• Médecine-Chirurgie - Maison de repos : Secteur non conventionné (Frais de séjour, actes chirurgicaux et d'anesthésie, actes d'obstétrique si césarienne)	100 % de BR	100 % de BR	90 % des frais réels limité à 500 % de BR
• Forfait journalier (à l'exclusion des établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques)	100 % du Forfait journalier en vigueur	100 % du Forfait journalier en vigueur	100 % du Forfait journalier en vigueur
• Lit d'accompagnement (pour enfant jusqu'à 12 ans)	100 % des frais réels pour durée max. de 30 jours par hospitalisation	100 % des frais réels pour une durée max. de 30 jours par hospitalisation	100 % des frais réels sans limitation de durée
• Chambre particulière Médecine, chirurgie, maison de convalescence		23 € par jour (max. 30 jours par hospitalisation)	33 € max. par jour sans limitation de durée
FRAIS DE TRANSPORT TERRESTRE	100 % de BR	100 % de BR	100 % de BR
CURE THERMALE ACCEPTÉE (par an et par personne)	RSS + Forfait par cure de 77 €	RSS + Forfait par cure de 275 €	RSS + Forfait par cure de 351 €
SANATORIUM	100 % de BR + 3,05 € par jour (max. 7 mois)	100 % de BR + 3,05 € par jour (max. 7 mois)	100 % de BR + 3,05 € par jour (max. 7 mois)
AIDES MÉNAGÈRES	Jusqu'à 2,29 € de l'heure	Jusqu'à 2,29 € de l'heure	Jusqu'à 2,29 € de l'heure
MATERNITÉ OU ADOPTION			
• Chambre particulière		23 € par jour (max. 12 jours par hospitalisation)	33 € par jour (max. 6 jours par hospitalisation)
• Frais de maternité occasionnés lors de l'hospitalisation		Dans la limite de 107 € par enfant (doublé pour accouchement gémellaire)	Dans la limite de 385 € par enfant (doublé pour accouchement gémellaire)
OBSEQUES			
• Frais d'obsèques En cas de décès du salarié, du conjoint ou d'un enfant à charge			Remboursement jusqu'à 1 280 €
• Aide immédiate en cas de décès du salarié, du conjoint ou d'un enfant à charge (âgé de + de 12 ans)			Versement d'un forfait égal à 770 €
• Aide immédiate en cas de décès accidentel			Versement d'un forfait égal à 1 540 € Forfait égal à 2 310 € en cas d'accident de la circulation

Tous les chiffres et pourcentages sont indiqués selon la base des conditions de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur 01/01/2012. FastiMut se réserve la possibilité d'adapter ses règles de remboursement en cas de modification des tarifs de convention définis par la Sécurité Sociale.
 * Dans la limite de la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale
 ** Les éléments de bridages (inters) sont remboursés en équivalence des prothèses mobiles à l'exclusion de la plaque base métal (PBM).

➤ Dans le cadre de la réforme de la Sécurité Sociale et de l'entrée en vigueur progressive de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), **SMI pourra être amenée à modifier en cours d'année, l'expression des garanties ci-dessus et adapter leur mode de liquidation. Les présentes garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application.**

Le signe  indique les services plus avantageux proposés par la garantie Bronze par rapport aux garanties minimum (ticket modérateur).

Adhésion à SMI/Fastt-Mut

01 – Pour bénéficier des garanties spécifiques Fastt-Mut, l'adhérent quel que soit son âge, doit justifier de son statut d'intérimaire sur le mois de l'adhésion, ou sur le mois précédant la date de l'adhésion, au moyen d'un contrat de mission ou de mission-formation, voire d'un bulletin de paie.

02 – Le conjoint/concubin âgé de moins de 60 ans peut être inscrit à Fastt-Mut et son affiliation est maintenue, quel que soit son âge, durant la validité de l'adhésion de l'intérimaire. Le conjoint/concubin âgé de 60 ans et plus ne peut pas être inscrit à Fastt-Mut. Les enfants peuvent être couverts jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire avec justificatif de scolarité ou d'apprentissage (sans justificatifs jusqu'à 21 ans). Au delà, une proposition d'adhésion spécifique leur sera adressée.

03 – La demande d'adhésion doit être accompagnée du règlement (mensuel ou trimestriel) de la première cotisation, par chèque ou par mandat-cash, dont le montant correspond à la situation de l'intérimaire au regard des justificatifs produits (cf point 8). L'adhésion prend effet le 1^{er} du mois de réception du dossier. Sur présentation d'un certificat de radiation d'un autre organisme complémentaire mentionnant une date d'effet de moins de 3 mois (ou l'attestation de fin de droits CMUC de moins de 3 mois), l'adhésion pourra s'appliquer avec un effet rétroactif au lendemain de la date d'effet du certificat de radiation.

04 – Lorsque l'adhérent ou ses ayants-droit sont également couverts par un autre organisme complémentaire, SMI interviendra au titre de Fastt-Mut et en cas de reste à charge, après les autres organismes. Aucune prestation ne peut entraîner un remboursement global supérieur aux sommes engagées par l'assuré.

05 – L'adhésion est acquise pour une année civile. En fin d'année civile, SMI adresse un courrier à l'adhérent précisant le montant des cotisations mensuelles ou trimestrielles pour l'année civile suivante. Le courrier précise aussi les documents à joindre pour renouveler l'adhésion et pour bénéficier éventuellement des tarifs Fastt. Dans ce cas, les garanties spécifiques Fastt-Mut se poursuivent, sous réserve du paiement intégral des cotisations, pour toute la nouvelle année civile.

Les adhérents ne pouvant justifier de leur qualité d'intérimaire se verront proposer 3 formules proches des garanties Fastt-Mut, avec un tarif spécialement étudié pour les anciens intérimaires. Ces adhésions seront réalisées auprès de SMI sans carence ni sélection médicale dans la continuité du régime Fastt-Mut.

06 – L'affiliation à la complémentaire santé Fastt-Mut peut être résiliée par l'adhérent à tout moment, sous réserve d'un délai de préavis d'un mois civil courant à partir de la date de réception de la demande. L'affiliation peut être résiliée à l'initiative de SMI en cas de non-paiement de la cotisation par l'adhérent. La carte d'adhérent doit être rendue à SMI en cas de résiliation ou d'exclusion pour non-versement des cotisations. Dans le cas contraire, les cotisations afférentes à l'année en cours sont exigibles.

Cotisations Fastt-Mut

07 – Les cotisations doivent être acquittées d'avance mensuellement ou trimestriellement. La carte d'adhérent SMI n'est remise qu'après le paiement de la première cotisation. Ces cotisations sont réévaluées périodiquement en fonction des résultats techniques, des prévisions de consommation et d'évolution des prestations couvertes et de la réglementation du régime de Sécurité sociale. L'adhérent en est informé.

08 – Pour bénéficier, dès l'adhésion du tarif "Avantage 600 heures", l'adhérent doit justifier de 600 heures de travail intérimaire au cours des 12 derniers mois précédant la date d'adhésion et produire une attestation Assedic délivrée par l'agence d'intérim ou la photocopie du (des) bulletin(s) de paie. Pour bénéficier du tarif "Coup de pouce" l'adhérent doit justifier de 600 heures de travail intérimaire au cours des 12 derniers mois précédant la date d'adhésion et avoir des revenus (total des salaires et assimilés et autres revenus cumulés du foyer fiscal avant abattement figurant sur le dernier avis d'impôt), inférieurs aux seuils fixés par le Fastt (11 600 € pour les célibataires ou personnes seules sans enfant à charge ; 17 400 € pour les couples ou famille, y compris vie maritale ou pacs, ou les parents isolés avec enfant(s) à charge). Il doit produire une attestation Assedic délivrée par l'agence d'intérim (ou photocopies des fiches de paie) et la photocopie recto/verso du dernier avis d'impôt sur les revenus. En l'absence de justificatifs suffisants lors de l'adhésion, l'examen des droits au tarif "Avantage 600 h" et "Coup de pouce" pourra être effectué à tout moment de sa demande. Son application intervient uniquement le mois suivant la réception des documents. Si l'adhérent est intérimaire dans une entreprise de travail temporaire d'insertion et qu'il totalise 600 heures de mission au cours des 12 derniers mois, il peut bénéficier du tarif "Coup de pouce", quels que soient ses revenus, et doit produire une attestation Assedic délivrée par l'agence d'intérim ou la photocopie du (des) bulletin(s) de paie et la photocopie de la décision d'agrément Pôle Emploi.

Prise d'effet des garanties (carence)

09 – La prise d'effet des garanties est immédiate si l'adhérent présente, à l'appui de son bulletin d'affiliation, un certificat de radiation de son précédent organisme complémentaire mentionnant une date d'effet de moins de 3 mois (ou l'attestation de fin de droits CMUC ou l'attestation d'appartenance à une mutuelle en cours). En l'absence de présentation de ces documents, une période d'attente de 3 mois (délai de carence) sera appliquée pour l'ensemble des prestations sauf la maternité et obsèques (selon les garanties) pour lesquelles ce délai est porté à 6 mois.

10 – Chaque 1^{er} janvier, l'adhérent a la possibilité de changer de garantie, à condition d'en faire la demande avant cette date.

11 – Les actes médicaux dont la date est antérieure à celle de l'ouverture des droits ne sont pas remboursables ; la date de référence est la date des actes figurant sur le décompte Sécurité Sociale ou, éventuellement, la date de décision de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour les prestations soumises à entente préalable.

12 – Les nouveaux-nés peuvent être pris en charge sans carence (sous réserve que les droits aux prestations des parents soient ouverts), dans les conditions suivantes :

1) être déclarés dans les 3 mois qui suivent leur naissance,

2) que les cotisations soient acquittées à dater du 1^{er} jour du mois de leur naissance, s'ils sont nés entre le 1^{er} et le 15, et à partir du 1^{er} du mois suivant s'ils sont nés entre le 16 et le 31 du mois, sachant qu'en contrat famille (3 personnes déjà inscrites au dossier) aucune cotisation complémentaire n'est due.

Prestations

13 – Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par SMI :

Soit par télétransmission de type "NOEMIE" ou autre, directement en provenance du centre de paiement de l'organisme obligatoire dont dépend le bénéficiaire, (sauf avis contraire par écrit de l'adhérent).

Soit sur présentation par l'adhérent, des décomptes ou relevés de décomptes du Régime Obligatoire, des tickets modérateurs et des factures, seules pièces justificatives ouvrant droit au remboursement. Seuls les documents originaux seront pris en compte par SMI.

Aucun des documents reçus par SMI pour effectuer ses remboursements ne sera restitué. Il appartient donc à l'adhérent de garder, s'il le souhaite, une copie de ses documents avant envoi.

14 – Les remboursements sont effectués directement sur le compte choisi par l'adhérent ou par chèque, et le détail des remboursements est adressé périodiquement au domicile de l'adhérent.

15 – Le tiers-payant (pharmacie) permet à l'adhérent d'obtenir, sans avance d'argent, les produits pharmaceutiques prescrits médicalement et remboursés par la Sécurité sociale. Une note explicative est jointe à la carte d'adhésion.

Hospitalisation et prise en charge hospitalière

16 – Le remboursement de la chambre particulière, du forfait hospitalier, des frais d'accompagnement et des dépassements d'honoraires (selon les garanties), sera effectué sur présentation de la facture originale de l'établissement hospitalier. En l'absence de facture originale détaillée, aucune participation ne pourra être accordée par SMI.

17 – Les adhérents, à jour de leurs cotisations, peuvent bénéficier d'une prise en charge hospitalière ayant pour but de leur éviter l'avance d'argent sur la base des tarifs de la Sécurité Sociale ou sur les bases des différentes conventions signées avec certains établissements hospitaliers publics ou privés.

18 – Pour bénéficier de son plein effet, la prise en charge hospitalière doit être réclamée à SMI dès que possible et être remise à l'établissement hospitalier au plus tard la veille du jour de sortie. Dans le cas contraire, l'établissement présentera sa facture à l'adhérent.

19 – Frais non couverts par la prise en charge : Dépassements d'honoraires, Chambre particulière, Suppléments (tels que téléphone, TV, Boissons, repas d'accompagnement ou de visiteurs, etc.).

Forclusion

20 – Les adhérents ne pourront prétendre au bénéfice des prestations servies par SMI, pour tout décompte de l'Organisme d'Assurance Maladie, factures et tickets modérateurs présentés 2 ans après la date des soins. Ce délai est également applicable pour le versement de l'allocation Maternité (date de naissance), Adoption plénière (date du jugement de l'adoption plénière), Obsèques (date du décès).

Réclamation

21 – Toute réclamation concernant un règlement de prestations ne pourra être reçue 6 mois après la date du paiement effectué par SMI.

22 – Les informations figurant sur le formulaire d'adhésion sont indispensables à SMI pour enregistrer l'adhésion. Elles feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, l'adhérent peut obtenir à tout moment communication, et le cas échéant rectification, des informations détenues à son nom en s'adressant directement à SMI.