



santé

RH

RESSOURCES HUMAINES

LIVRET DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ENSEMBLE DU PERSONNEL

ÉDITION 2024





Ce guide résume les garanties des contrats d'assurance frais de santé n° 0KQ5269M et n° 0NW6704M souscrits auprès de l'AG2R La Mondiale avec le conseil de SIACI SAINT HONORE - 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75017 PARIS et sa plateforme de gestion VIVINTER.

L'objet de cette brochure est de vous présenter et de vous décrire les prestations santé auxquelles vous avez droit ainsi que leurs conditions d'application, et de vous familiariser avec les services qui vous sont proposés.

Ce guide n'est qu'un résumé des garanties. Il ne peut en aucun cas engager la responsabilité de l'assureur ou du gestionnaire. Seul le contrat fait foi entre les parties.

Sommaire

Les bénéficiaires	p. 4
Les démarches d'affiliation et de radiation	p. 6
Les maintiens de garanties	p. 8
Les remboursements de la mutuelle (mutuelle obligatoire et surcomplémentaire facultative)	p. 9
Les remboursements : modalités pratiques	p. 17
Les services complémentaires	p. 22
Les services et les contacts Vivinter	p. 27

Les bénéficiaires

Pour maintenir votre couverture santé à son niveau actuel, il est important que chacun prenne conscience que la qualité et le coût du régime Frais de santé sont directement liés à une consommation médicale raisonnable.

Le contrat n° 0KQ5269M souscrit par votre entreprise respecte les dispositions du décret numéro 2005 1226 du 29/09/2005 relatives aux contrats responsables et est mis en conformité avec les dispositions du Décret numéro 2014-1374 du 18/11/2014 conformément aux dispositions de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° 2014-892 du 08/08/2014.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT ?

Le contrat vous couvre en tant que salarié ainsi que vos ayants droit s'ils en font la demande :

➡ Les enfants et ceux du conjoint, à défaut du partenaire de PACS, ou à défaut du concubin :

- Non mariés,
- Les enfants mineurs à charge au sens de la sécurité sociale,
- Les enfants majeurs poursuivant des études secondaires (le secondaire correspondant au cycle scolaire qui s'étend après l'enseignement primaire jusqu'aux études supérieures),
- Les enfants de moins de 26 ans, s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :

Cas 1 : être à charge au sens de la législation fiscale (ouvrant droit à un abattement ou pension alimentaire déductible sur le revenu global),

Cas 2 : être à la recherche d'un premier emploi, inscrit au pôle emploi (sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée),

Cas 3 : être sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,

Cas 4 : poursuivre des études supérieures et être immatriculés à la sécurité sociale des étudiants,

➡ Les enfants, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (Loi du 30 juin 1975) et titulaires d'une carte d'invalidité.

➡ L'affiliation au contrat est facultative pour le *conjoint** exerçant une activité professionnelle ou bénéficiant d'un revenu de remplacement (allocation chômage, RSA, pension de retraite, rente d'invalidité, prestation incapacité). Le conjoint, exerçant une activité professionnelle ou bénéficiant d'un revenu de remplacement (allocation chômage, RSA, pension de retraite, rente d'invalidité, prestation incapacité), c'est-à-dire ayant son propre numéro de sécurité sociale et sa propre attestation CPAM, peut bénéficier des garanties du contrat, en acquittant une cotisation supplémentaire, prélevée directement sur le compte bancaire par VIVINTER

** Le conjoint, à défaut le partenaire de PACS ou à défaut le concubin au sens de la Sécurité sociale et au sens de l'article 515-8 du Code civil.*

Par exception, le conjoint à défaut le partenaire de PACS ou à défaut le concubin sans activité rémunérée ou sans revenu de remplacement, sera affilié sans contrepartie de cotisation.

QUELLES SONT LES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR POUR LES BÉNÉFICIAIRES ?

L'enfant âgé de plus de 18 ans poursuivant des études secondaires :

- Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) sur laquelle figure l'enfant, en cours de validité,
- Certificat de scolarité pour l'année scolaire en cours.

L'enfant âgé de moins de 21 ans ayant droit de l'Assuré ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire de PACS, au sens défini par la Sécurité sociale * :

- Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) de l'assuré ou celle de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire de PACS, en cours de validité.

L'enfant âgé de moins de 26 ans :

- Si l'enfant est à la recherche d'un premier emploi : une notification de décision de FRANCE TRAVAIL.

L'enfant âgé de moins de 26 ans s'il justifie de la poursuite de ses études supérieures :

- Photocopie de l'attestation de droits établie par le Régime de la Sécurité sociale des Étudiants de l'enfant, en vigueur pour l'année scolaire,
- Certificat de scolarité ou la carte d'étudiant de l'année en cours. Dans l'éventualité où ces justificatifs ne peuvent être fournis, VIVINTER réclame les documents suivants (Loi PUMA) :
- Une copie de votre dernier avis d'imposition laissant apparaître sa prise en charge fiscale.
- L'attestation sur l'honneur notifiant que votre enfant est fiscalement à votre charge.

L'enfant en Formation d'Alternance :

- Photocopie du contrat de travail d'apprentissage, du contrat de travail de professionnalisation etc.
- Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) de l'enfant, en cours de validité.

L'enfant en situation de handicap :

- Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) de l'enfant, en cours de validité,
- Photocopie de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du Code de la Famille,
- Photocopie de la notification de l'allocation "Adulte Handicapé".



A SAVOIR :

Si le nom des ayants droit est différent de celui du salarié, merci de fournir une photocopie du livret de famille.

Le salarié / Conjoint / Concubin / Partenaire de PACS n'exerçant aucune activité professionnelle et ne bénéficiant d'aucun revenu propre :

- Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre régime de Sécurité sociale) dans son intégralité (recto : adresse domicile et verso : référence du code gestion) et en cours de validité,
- Pour le conjoint n'exerçant aucune activité professionnelle et ne bénéficiant d'aucun revenu propre : attestation sur l'honneur justifiant qu'il ne perçoit pas de revenu, et photocopie de l'avis d'imposition en cours de contrat.

Conjoint exerçant une activité professionnelle ou d'un revenu de remplacement (allocation chômage, RSA, pension de retraite, rente d'invalidité, prestation incapacité) :

- Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de Sécurité sociale) en cours de validité (si ce document ne mentionne pas l'adresse ou le même nom de famille : copie d'un justificatif de domicile commun (EDF...) ou copie du contrat de PACS),
- Bulletin Individuel d'Affiliation en cochant la case "Modification concernant vos bénéficiaires" puis "conjoint payant" dans le pavé "Vos garanties",
- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé pour le prélèvement de la cotisation,
- Relevé d'identité bancaire si différent de l'assuré principal pour le remboursement des prestations.



A SAVOIR :

En cas de changement d'adresse ou d'organisme bancaire : vous pouvez effectuer la modification via www.vivinter.fr/Espace assure
Retrouvez tous les contacts sur la page Vos Contacts à la fin de ce document.

** Enfant ouvrant droit aux prestations familiales et se trouvant à la charge effective et permanente de l'assuré en application des articles L. 512-2, L. 512-3 et L. 512-1 du Code de la Sécurité sociale. Par enfant à charge, il faut entendre enfant résidant en France à la charge de l'assuré ou de son conjoint qu'il soit légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif, pupille de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfant recueilli. L'âge limite est de 16 ans, 20 ans s'il poursuit des études.*

Les démarches d'affiliation et de radiation

QUELLES SONT LES FORMALITES D’AFFILIATION ?

- **L'affiliation au contrat est obligatoire pour le Salarié.**

Dès votre entrée dans la société (ou en cas de changement de situation de famille), vous devez compléter un bulletin d'affiliation au régime, que vous enverrez directement à VIVINTER, accompagné de la copie de l'attestation de droits Sécurité sociale, ainsi que celle de vos ayants droit, s'ils ont leur propre numéro de Sécurité sociale, et d'un RIB ou RICE.

- **L'affiliation au contrat surcomplémentaire est facultative.**

- Vous pourrez si vous le souhaitez adhérer ou non à la surcomplémentaire dont la cotisation sera intégralement à votre charge et prélevée sur votre compte bancaire par Vivinter.
- Le montant de la cotisation en complément du montant des cotisations dû au titre du contrat d'adhésion au régime Frais de santé AG2R Prévoyance obligatoire n° 0KQ5269M, est fixé à 0.2656% du PMSS* pour 2024.
- Elle vous couvre vous et vos enfants et éventuellement votre conjoint s'il est à charge.
- Votre conjoint non à charge qui souhaite adhérer, devra également s'acquitter d'une cotisation fixée à 0,2656% PMSS* pour 2024 en complément de la cotisation mutuelle de base FNAC.
- Les cotisations sont payables mensuellement par prélèvement effectué directement sur son compte bancaire par Vivinter.



En cas de changement de la composition familiale (mariage, naissance, divorce, décès d'un ayant droit, signature d'un PACS), vous devez prévenir VOTRE SERVICE PAIE et VIVINTER (par courrier, via le bulletin de modification ou par messagerie de votre espace assuré sécurisé vivinter.fr) dans les 30 jours, pour une prise en compte à la date de la demande d'affiliation.

Pour une demande de radiation d'un ayant droit, vous devez prévenir VIVINTER par courrier, via le bulletin de modification ou via la messagerie sur votre Espace assuré et auprès de votre service Paie.

* Valeur PMSS au 1^{er} janvier 2024 : 3 864€

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

• Régime de base obligatoire

- ➡ À la date d'effet du contrat pour tous les salariés présents à cette date.
- ➡ À la date d'entrée dans l'entreprise si celle-ci intervient postérieurement à la mise en place du contrat.

Au moment de l'adhésion au régime obligatoire, il n'y a aucun délai de carence.

- ➡ Pour les ayants droit du salarié, les garanties prennent effet :
 - Si leur affiliation est concomitante : A la date de prise d'effet des garanties pour le salarié.
 - Si celle-ci est postérieure à la date d'affiliation du salarié : A la date de leur demande d'affiliation.

• Surcomplémentaire

Vous avez la faculté d'adhérer au régime surcomplémentaire prévu par le présent contrat **sans délai de carence** :

- ➡ Soit à la date de prise d'effet du contrat (1er janvier 2022), pour les salariés présents à l'effectif, ou à la date d'embauche, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du présent contrat ;
- ➡ Soit au 1er janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande au moins deux mois avant par lettre recommandée avec avis de réception ;
- ➡ Soit en cas de modification dans la situation familiale, sous réserve d'en faire la demande dans les deux mois qui suivent le changement de situation ; dans ce cas, l'affiliation intervient au jour de l'événement ;
- ➡ Soit en cas de résiliation infra-annuelle d'un précédent contrat frais de santé facultatif ou individuel ; dans ce cas, l'affiliation prend effet au jour de la cessation des garanties du précédent contrat.

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

• Régime de base obligatoire

Les garanties du régime de base obligatoire cessent pour le salarié et ses ayants droit :

- ➡ A la date du départ de l'entreprise du salarié (sauf en cas de portabilité des droits - cf. article suivant).
- ➡ En cas de suspension du contrat de travail du salarié dès lors que cette suspension ne donne pas lieu à une indemnisation (maintien total ou partiel du salaire ou Indemnités Journalières de la Sécurité sociale), par exemple : congé sabbatique, congé parental...
- ➡ Au jour du départ en retraite du salarié.
- ➡ En cas de décès du salarié (sauf dans le cas d'un maintien des garanties prévues ci-après)
- ➡ A la date de résiliation du contrat collectif.

• Surcomplémentaire

- ➡ Après l'expiration d'un an à compter de votre adhésion, vous pourrez demander la résiliation sans frais ni pénalité. Cette résiliation prendra effet 1 mois après avoir reçu votre notification de résiliation.
- ➡ Au-delà d'un an de souscription, vous devrez notifier par mail votre résiliation à Vivinter avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre de l'année en cours.
- ➡ En cas de changement de situation familiale, et sous réserve que vous en fassiez la demande dans les 2 mois qui suivent le changement, la résiliation interviendra au jour de l'événement.

Toute résiliation est définitive. Toutefois, vous aurez la possibilité de souscrire à nouveau à la surcomplémentaire après 3 ans à compter de la date de résiliation (en cas de changement de situation familiale, le délai de 3 ans n'est pas demandé).

La résiliation vaut pour vous et vos ayants droit.

Les maintiens de garanties

La couverture frais de santé ainsi que la surcomplémentaire peuvent être maintenues aux catégories suivantes, sous réserve, qu'à la date de cessation de votre contrat de travail, elles (et les ayants droit) en bénéficiaient du temps de leur activité :

LA PORTABILITE

Les anciens salariés remplissant les conditions prévues par l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale peuvent bénéficier du maintien du régime de remboursement des frais de santé sans contrepartie de cotisation (excepté pour la surcomplémentaire) :

“pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage,,
“dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur,,
et, “sans pouvoir excéder 12 mois,,.

Pour plus de renseignements : vous pouvez vous rapprocher de votre service Ressources Humaines.

LES AUTRES MAINTIENS

Peuvent également continuer à bénéficier des garanties du contrat Frais de Santé, sous réserve d'en faire la demande à Vivinter dans les conditions suivantes, et moyennant le paiement intégral de la cotisation correspondante :

Cas 1 : Les salariés radiés des listes du personnel bénéficiant soit

- D'une pension de retraite ou de pré-retraite,
- D'une rente d'incapacité ou d'invalidité servie par la sécurité sociale,
- D'un revenu de remplacement post dispositif de portabilité.

Les salariés doivent en faire la demande dans un délai de 6 mois à compter de la sortie des effectifs ou suivant l'expiration de la période de portabilité des droits.

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité pour la 1ère année, puis elle sera augmentée de +25% la 2ème année et + 50% à partir de la 3ème année.

A noter que les évolutions annuelles des cotisations dépendent également des résultats des régimes frais de santé.

Cas 2 : les salariés dont le contrat de travail est suspendu et bénéficiant d'un congé sans solde (congé parental, congé sabbatique, congé de formation...)

La demande doit être effectuée dans le mois suivant la suspension du contrat de travail.

Le maintien prend effet au premier jour de la suspension du contrat de travail et prend fin au dernier jour du mois de la fin du congé. La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité.

Cas 3 : Les ayants droit d'un participant actif décédé

La demande de maintien doit être effectuée dans les 6 mois suivant le décès. Le maintien est gratuit pendant 12 mois suivant le décès du salarié. Au-delà, la cotisation est celle prévue pour le personnel en activité.

Si ces maintiens de garanties, ne vous agréent pas, vous pouvez demander un devis en contactant

DIOT SIACI : Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris Cedex 17
commercial.indiv@s2hgroup.com 01 44 20 49 44

Les remboursements de la mutuelle (mutuelle obligatoire et surcomplémentaire facultative)

ACTES MEDICAUX COURANTS

NATURE DES PRESTATIONS	FNAC 01/01/2024	
	Régime "Ensemble du Personnel" (en complément des prestations de la Sécurité sociale, sauf mention contraire)	Surcomplémentaire Y compris régime mutuelle obligatoire
FRAIS MEDICAUX COURANTS	Limité aux frais réellement engagés	
Visites et consultations de Médecins généralistes secteur 1 ou secteur 2 DPTAM	150% BR	-
Visites et consultations de Médecins généralistes secteur 2 HORS DPTAM ou non conventionné	100% BR + TM	-
Visites et consultations de Médecins spécialistes secteur 1 ou secteur 2 DPTAM	300% BR	-
Visites et consultations de Médecins spécialistes secteur 2 HORS DPTAM ou non conventionné	100% BR + TM	340% BR + TM
Auxiliaires médicaux	150% BR	-
Actes de biologie médicale (analyses, examens,...)	150% BR	-
Actes de chirurgie et de spécialités secteur 1 ou secteur 2 DPTAM	150% BR	-
Actes de chirurgie et de spécialités secteur 2 HORS DPTAM ou non conventionné	100% BR + TM	200% BR + TM
Transports médicaux	250% BR	-
Radiologie secteur 1 ou secteur 2 DPTAM	200% BR	-
Radiologie secteur 2 HORS DPTAM ou non conventionné	100% BR + TM	-
PHARMACIE	Limité aux frais réellement engagés	
Prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR + TM	-
Vaccins sur prescription médicale (non remboursés par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire)	1% PMSS/an/bénéficiaire	-
Pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale	50€/an/bénéficiaire	-

LEXIQUE

- ➡ **BR** : Base de remboursement
- ➡ **TM** : Ticket modérateur
- ➡ **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2024 : 3 864€)
- ➡ **DPTAM** : les garanties sont différentes selon si le praticien consulté adhère ou n'adhère pas à la convention Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).
- ➡ **LA CONVENTION DPTAM** : l'objectif de la convention "DPTAM" est de réguler les dépassements d'honoraires de certains professionnels de santé, notamment ceux de secteur 2. En pratique, une consultation dans le cadre du parcours de soins, chez un médecin adhérent au DPTAM, sera mieux remboursée par rapport à une consultation chez un médecin non-adhérent au DPTAM par :
 - La Sécurité sociale, grâce à l'alignement des tarifs de remboursements sur ceux applicables en secteur 1,
 - La complémentaire santé qui favorise le remboursement de ces consultations.

TROUVER UN PRATICIEN DPTAM

Pour une consultation auprès d'un praticien adhérent au Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisé :

➔ **Etape 1** : Rendez-vous sur la plateforme de recherche :
<http://annuaire.sante.ameli.fr/>

➔ **Etape 2** : Sélectionnez l'objet de votre recherche :

- Un professionnel de santé ou
- Un établissement de soins

➔ **Etape 3** : Renseignez les champs qui vous permettront d'affiner votre recherche :

- Nom du médecin
- Spécialité : généraliste, ophtalmologiste, gynécologue ...
- Acte médical : chirurgie, IRM, consultation

➔ **Etape 4** : Affinez votre recherche et sélectionnez le champs "Honoraires avec dépassements maîtrisés" pour afficher les praticiens adhérents.

➔ **Etape 5** : En fonction de la zone géographique renseignée (par géolocalisation, adresse ou code postal), vous connaîtrez les praticiens adhérents les plus proches de chez vous.

2 Je recherche :

Un professionnel de santé
Un établissement de soins

Avec l'annuaire sante.ameli.fr

1. Recherchez
2. Trouvez
3. Comparez

3 Je recherche :

Un professionnel de santé
Un établissement de soins

Je renseigne au moins 1 des 3 critères ci-dessous :

Nom
Profession
Acte

4

Type d'honoraires
Carte Vitale
Fonctionnement

5

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Type de soins dans le parcours de soins coordonné	Frais réels	Assurance maladie		Mutuelle obligatoire		Surcomplémentaire	
		Base de rbt	Montant remboursé	Montant remboursé	Reste à charge	Montant remboursé	Reste à charge
Médecin généraliste signataire DPTAM	26,50 €	26,50 €	16,55 €	7,95 €	2 €	Néant	2 €
Médecin spécialiste pour suivi régulier signataire DPTAM	50 €	31,50 €	20,05 €	27,95 €	2 €	Néant	2 €
Médecin spécialiste pour suivi régulier non-signataire DPTAM	90 €	23 €	14,10 €	29,90 €	46 €	73,90 €	2 €

La participation forfaitaire de 2€ reste à la charge de l'assuré et est déduite du remboursement de l'Assurance Maladie. Pour certains spécialistes, la base de remboursement peut être différente de celle indiquée (ex : cardiologue, gynécologue...)

HOSPITALISATION

NATURE DES PRESTATIONS	FNAC 01/01/2024	
	Régime "Ensemble du Personnel" (en complément des prestations de la Sécurité sociale, sauf mention contraire)	Surcomplémentaire Y compris régime mutuelle obligatoire
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTÉTRIQUE	Limité aux frais réellement engagés	
Frais de séjour	400% BR	-
Honoraires et actes chirurgicaux secteur 1 ou secteur 2 DPTAM	400% BR	-
Honoraires et actes chirurgicaux secteur 2 HORS DPTAM ou non conventionné	100% BR + TM	500% BR + TM
Forfait hospitalier (dans la limite du forfait en vigueur)	100% BR	-
Chambre particulière (par jour)	2% PMSS	-
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) (par jour)	1% PMSS	-

LEXIQUE

- ➡ **BR** : Base de remboursement
- ➡ **TM** : Ticket modérateur
- ➡ **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2024 : 3 864€)
- ➡ **DPTAM** : Les garanties sont différentes selon si le praticien consulté adhère ou n'adhère pas à la convention Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).
- ➡ **LA CONVENTION DPTAM** : l'objectif de la convention "DPTAM" est de réguler les dépassements d'honoraires de certains professionnels de santé, notamment ceux de secteur 2. En pratique, une consultation dans le cadre du parcours de soins, chez un médecin adhérent au DPTAM, sera mieux remboursée par rapport à une consultation chez un médecin non-adhérent au DPTAM par :
 - La Sécurité sociale, grâce à l'alignement des tarifs de remboursements sur ceux applicables en secteur 1,
 - La complémentaire santé qui favorise le remboursement de ces consultations.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Type de soins	Frais réels	Assurance maladie		Mutuelle obligatoire		Surcomplémentaire	
		Base de rbt	Montant remboursé	Montant remboursé	Reste à charge	Montant remboursé	Reste à charge
Honoraires en hospitalisation hors DPTAM	2 500 €	578,54 €	462,83 €	694,25 €	1 342,92 €	2 037,17 €	0 €
Chambre particulière / jour	80 €	Néant	Néant	77,28 €	3 €	Néant	Néant

AUTRES SOINS ET PRÉVENTION

Si vous avez des dépenses de santé liées aux soins audioprothèses, vous pourrez choisir entre les prestations habituelles remboursées selon les garanties du contrat frais de santé ou les prestations proposées dans le cadre du 100% Santé et remboursées intégralement, qui prévoient la prise en charge de :

- ➡ Tous types d'appareils, avec 12 canaux de réglages
- ➡ Options : anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, connectivité sans fil, garantie de 4 ans

	FNAC 01/01/2024	
	Régime "Ensemble du Personnel" (en complément des prestations de la Sécurité sociale, sauf mention contraire)	Surcomplémentaire Y compris régime mutuelle obligatoire
NATURE DES PRESTATIONS		
AUTRES PROTHESES	Limité aux frais réellement engagés	
Othopédie, autres prothèses	300% BR	-
Prothèses auditives (par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance dans la limite des PLV)		
Equiperment 100% SANTÉ	PLV - Ss	-
Prothèse auditive à tarif libre pour les 21 ans et plus (y compris Ss)	1 700 €	340% BR + TM
Prothèse auditive à tarif libre pour les moins de 21 ans (y compris Ss)	1 700 €	-
Accessoires, entretien et piles remboursés par la Ss	100% TM	-
PREVENTION	Limité aux frais réellement engagés	
Médecine alternative : ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, acupuncteur (limité à 2 actes par an) Nouvelles spécialités : pédicure, podologue, nutritionniste, diététicien, psychologue, psychomotricien, hypnothérapeute, sophrologue, homéopathe, mésothérapeute.	1,5% PMSS (limité à 2 actes par an)	1,5% PMSS (limité à 4 actes par an)
Ostéodensitométrie	200% BR	-
Détartrage complet sus et sous gingival	100% TM	-
Vaccin DTP (Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite)	100% TM	-

LEXIQUE

- ➡ **BR** : Base de remboursement
- ➡ **PLV** : Prix Limite de Vente, soit le montant maximum pouvant être facturé par le professionnel de santé conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire pour un acte donné.
- ➡ **TM** : Ticket modérateur
- ➡ **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2024 : 3 864€)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Type de soins	Frais réels	Assurance maladie		Mutuelle obligatoire		Surcomplémentaire	
		Base de rbt	Montant remboursé	Montant remboursé	Reste à charge	Montant remboursé	Reste à charge
Ostéopathe - 4 séances	280 €	Néant	Néant	115,92 €	164 €	231,84 €	48 €

DENTAIRE

Si vous avez des dépenses de santé liées aux soins dentaires, vous pourrez choisir entre les prestations habituelles remboursées selon les garanties du contrat frais de santé ou les prestations proposées dans le cadre du 100% Santé et remboursées intégralement, qui prévoient la prise en charge de :

- ➔ Prothèses métalliques quelle que soit la dent
- ➔ Prothèses céramo-métalliques sur les dents du sourire jusqu'à la 1ère prémolaire

		FNAC 01/01/2024		
		Offre "Panier 100% Santé" selon matériaux et position de la dent	Offre "Paniers à tarif libre et modéré" (hors SANTECLAIR)	Offre "Réseau SANTECLAIR"
NATURE DES PRESTATIONS		Prise en charge maximum dans la limite d'un plafond annuel de 3 000 € par bénéficiaire hors soins dentaires*		
SOINS DENTAIRES				
Soins dentaires** hors Inlay et Onlay	Non concerné	100% TM		
Inlay/Onlay pris en charge par la Sécurité sociale	Non concerné	150 €	350 €	
PROTHESES DENTAIRES				
	0 € reste à charge sur tous matériaux sauf couronne céramo-céramique sur incisives, canines, 1ère prémolaire	300 €	400 €	
Couronne ou Inter de bridge (prise en charge ou non par la Sécurité sociale)	0 € reste à charge sur couronne métal et céramique avec zircone sur 2ème prémolaire	300 €	550 €	
	0€ de reste à charge sur couronne métal sur molaires	300 €	440 €	
Couronne sur implant	Non concerné	300 €	500 €	
Implant racine (max 3 par an)	Non concerné	500 €	700 €	
Pilier implantaire (max 3 par an)	Non concerné	200 €	300 €	
Bridge 3 éléments pris en charge par la Ss	Non concerné	775 €	975 €	
Inlay core pris en charge par la Ss	0€ de reste à charge si couronne du "Panier 100% Santé"	100 €	175 €	
Appareil amovible pris en charge par la Ss	0€ de reste à charge sur appareil amovible en résine	125% BR + 400 €	125% BR + 600 €	
Autres soins et prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris gouttière d'occlusion)	Non concerné	175% BR	175% BR	
AUTRES ACTES DENTAIRES				
Couronne provisoire - transitoire	Non concerné	30 €	60 €	
Examen de prévention 6/14 ans	Non concerné	100% pris en charge par la Ss		
Renouvellement de sillons 6/14 ans	Non concerné	100% pris en charge par la Ss		
Test salivaire	Non concerné	70 €		
Vernis fluorés	Non concerné	5 € par an		
Parodontie (traitement des gencives)	Non concerné	500 € par an		
ORTHODONTIE				
Orthodontie acceptée par la Ss	Non concerné	700 € par semestre/bénéficiaire		
Contention prise en charge par la Ss	Non concerné	250€ par an/ bénéficiaire		
Autres actes pris en charge par la Ss	Non concerné	150% BR		

* Au-delà de ce plafond, prothèses remboursées à 55% de la BR.

** Les soins dentaires ne font pas l'objet de dépassement.

LEXIQUE

- ➔ **BR** : Base de remboursement
- ➔ **TM** : Ticket modérateur
- ➔ **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2024 : 3 864€)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Type de soins	Frais réels	Assurance maladie		Mutuelle obligatoire		Surcomplémentaire	
		Base de rbt	Montant remboursé	Montant remboursé	Reste à charge	Montant remboursé	Reste à charge
Prothèse dentaire (dent visible) prise en charge par la Sécurité sociale dans le panier libre	600 €	120 €	84 €	Dans le réseau : 300 € Hors réseau : 400 €	Dans le réseau : 0 € Hors réseau : 200 €	Néant	Néant
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale / semestre	1 500 €	0 €	0 €	0 €	1 500 €	300 €	1 200 €
Implant (Pilier et racine implantaire)	1 200 €	0 €	0 €	Dans le réseau : 1000 € Hors réseau : 500 €	Dans le réseau : 200 € Hors réseau : 700 €	Néant	Néant

LEXIQUE DENTAIRE

⇒ SOINS DENTAIRES CONVENTIONNÉS OU NON

Soins dentaires : Soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et soins chirurgicaux (extraction, etc.).

Inlay, Onlay : Reconstitution d'une partie de la dent en incrustation (inlay) ou en superposition (onlay)

Vernis fluoré : Technique permettant la création d'un bouclier protecteur à la surface des dents, qui bloque la déminéralisation, et permet de traiter les sensibilités au chaud et au froid.

Test salivaire : Acte visant à prévenir l'apparition des caries.

Parodontologie : Partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus du soutien de la dent : gencive, os alvéolaire, cément et ligament alvéolo-dentaire.

⇒ ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Orthodontie : Traitement des malpositions des dents, en particulier chez les enfants.

Contention : Ensemble des procédés et des appareils destinés à stabiliser les corrections orthodontiques obtenues pendant le traitement actif. La période de contention correspond à la phase thérapeutique finale d'un traitement d'orthodontie.

⇒ PROTHÈSES DENTAIRES

Couronne dentaire : Prothèse en forme de "chapeau" que l'on place sur la dent à soigner.

Bridge : Technique permettant de remplacer une ou plusieurs dents absentes, en s'appuyant sur les dents voisines (dents piliers), une de chaque côté. Il est formé de couronnes soudées les unes aux autres.

Inter bridge : Élément prothétique qui remplace une dent absente et qui est fixé de part et d'autre sur les dents adjacentes.

Inlay-Core : C'est une pièce métallique constituée de deux parties continues : un "pied" qui s'insère dans la racine de la dent à couronner et un "chapeau" qui recouvre la partie coronaire restante de la dent. On obtient ainsi un faux "moignon" dont la forme permet la mise en place et la rétention mécanique de la future couronne.

⇒ IMPLANTS

Implant et implant racine : Généralement il y a deux étapes dans la pose d'un implant. Le dentiste pose dans un premier temps l'implant racine dans la bouche. L'implant sera enfoui dans la gencive pour une durée d'environ trois à six mois pour s'intégrer dans l'os. Ensuite, la couronne de l'implant sera cimentée après cette période de temps. Il arrive parfois que l'on puisse mettre une couronne sur l'implant en un seul temps.

OPTIQUE

Si vous avez des dépenses de santé liées aux soins optiques, vous pourrez choisir entre les prestations habituelles remboursées selon les garanties du contrat frais de santé ou les prestations proposées dans le cadre du 100% Santé et remboursées intégralement, qui prévoient la prise en charge de :

- ➡ Lunettes adaptées à toutes les corrections
- ➡ Traitement anti-reflets, amincissements, anti-rayures
- ➡ 7 modèles de montures pour les adultes et 10 pour les enfants, chacune en 2 coloris

		FNAC 01/01/2024	
NATURE DES PRESTATIONS		Régime "Ensemble du Personnel" (en complément des prestations de la Sécurité sociale, sauf mention contraire)	Surcomplémentaire Y compris régime mutuelle obligatoire
OPTIQUE		Limité aux frais réellement engagés	
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale, les lentilles jetables et les produits d'entretien		230 € par an/bénéficiaire	-
Chirurgie réfractive		450 €/œil	600 €/œil

GRILLE OPTIQUE ADULTE		Offre "Panier 100% Santé"	Réseau Santéclair	Hors réseau Santéclair RSS inclus	
Classe Valeur de la sphère		Prise en charge maximum			
ADULTE (16 ans et +)	VERRE UNIFOCAL				
	1	entre -4 à +4 et cylindre de 0 à 2	100% Frais Réels (0€ reste à charge sur une sélection de verres)	100% Frais Réels (0€ de reste à charge sur tous les verres et traitements SAUF TEINTE ET PHOTOCROMIE)	55 €
	2	de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6 de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6			75 €
	3	de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 de 0 à +8 et S+C > 6			90 €
	4	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre			150 €
	VERRE MULTIFOCAL				
	5	entre -4 à +4 et cylindre de 0 à 2	100% Frais Réels (0€ reste à charge sur une sélection de verres)	100% Frais Réels (0€ de reste à charge sur tous les verres et traitements SAUF TEINTE ET PHOTOCROMIE)	130 €
	6	de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8 de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8			180 €
	7	de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 de 0 à +8 et S+C > 8			200 €
	8	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre			210 €
MONTURE Adulte		100% Frais Réels*	100 €		

GRILLE OPTIQUE ENFANT

GRILLE OPTIQUE ENFANT		Offre "Panier 100% Santé"	Réseau Santéclair	Hors réseau Santéclair RSS inclus	
Classe Valeur de la sphère		Prise en charge maximum			
ENFANT (- de 16 ans)	VERRE UNIFOCAL				
	1	de -4 à +4 et cylindre de 0 à 2 de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4	100% Frais Réels (0€ reste à charge sur une sélection de verres)	100% Frais Réels (0€ de reste à charge sur tous les verres et traitements SAUF TEINTE ET PHOTOCHROMIE)	35 €
	2	de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6 de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6 de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4			55 €
	3	de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 de 0 à +8 et S+C > 6			85 €
	4	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre			95 €
	VERRE MULTIFOCAL				
4	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	100% Frais Réels (0€ reste à charge sur une sélection de verres)	100% Frais Réels (0€ de reste à charge sur tous les verres et traitements SAUF TEINTE ET PHOTOCHROMIE)	95 €	
MONTURE Enfant		100% Frais Réels (0€ de reste à charge sur une sélection de montures)	100 €		

* Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019-65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019-21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.

LIMITE DE CONSOMMATION OPTIQUE :

- **Adulte à partir de 16 ans** : 1 équipement tous les 2 ans (sauf dérogation)

- **Enfant** : 1 équipement par an, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions.

Les tarifs négociés dans le réseau permettent d'assurer que l'équipement garanti ne dépasse pas les plafonds du contrat responsable dans la majorité des cas. Pour les quelques exceptions qui pourraient survenir, un blocage informatique est mis en place afin de limiter la prise en charge aux dits plafonds.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Type de soins	Frais réels	Assurance maladie		Mutuelle obligatoire		Surcomplémentaire	
		Base de rbt	Montant remboursé	Montant remboursé	Reste à charge	Montant remboursé	Reste à charge
Monture (Y compris rbt de la Sécurité sociale)	150 €	0,05 €	0,03 €	100 €	50 €	Néant	Néant
2 verres simples Adulte dans panier libre (classe 2 dans la grille optique)	200 €	0,05 €	0,03 €	Dans le réseau : 200 € Hors réseau : 150 €	Dans le réseau : 0 € Hors réseau : 50 €	Néant	Néant
2 verres complexes dans le panier libre (classe 6 dans la grille optique)	600 €	0,05 €	0,03 €	Dans le réseau : 600 € Hors réseau : 360 €	Dans le réseau : 0 € Hors réseau : 240 €	Néant	Néant
Chirurgie réfractive	1500 €/œil	0 €	0 €	450 €	1 050 €	600 €	900 €

Les remboursements : modalités pratiques

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.

Les praticiens ayant un accord dans les domaines suivants peuvent vous faire bénéficier de la dispense d'avance de frais :

- Pharmacie, biologie (laboratoires),
- Radiologie,
- Médecins généralistes et spécialistes,
- Hospitalisation*,
- Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures, sage-femmes),
- Soins externes : consultations et examens en centre médical (hors prothèses dentaires), clinique ou hôpital,
- Transport (taxis et ambulances),
- Optique (auprès des partenaires SANTECLAIR ou hors réseau auprès des partenaires Almerys),
- Prothèse dentaire et audioprothèse (auprès des partenaires SANTECLAIR ou hors réseau auprès de Vivinter*),
- Soins dentaires,
- Fournisseurs de dispositifs médicaux, petits appareillages,
- Cure thermique*

* Prise en charge à effectuer auprès de Vivinter



SIMPLE ET PRATIQUE : imprimez votre carte de tiers payant

Pour télécharger et imprimer votre (vos) carte(s) de tiers payant, rendez-vous sur :

L'appli mobile VIVINTER
Mon Espace assuré / Votre tiers payant



OU SUR
www.vivinter.fr
Espace assuré / Votre tiers payant



A SAVOIR :

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

FOCUS SUR LES DEMARCHES POUR LES PARENTS

Pour les conjoints exerçant une activité professionnelle ou bénéficiant d'un revenu de remplacement (allocation chômage, RSA, pension de retraite, rente d'invalidité, prestation incapacité) souhaitant activer le tiers-payant pour les enfants et bénéficier d'une transmission automatique des décomptes Sécurité sociale à VIVINTER pour leurs soins :

- Demander à la CPAM d'activer la télétransmission pour les enfants sous les deux numéros de Sécurité sociale (du salarié et du conjoint).
- Compléter le formulaire intitulé **DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS À L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURÉS**, disponible sur le site AMELI.FR et le transmettre par courrier accompagné des pièces justificatives à la CPAM.
- Transmettre la nouvelle attestation de droits à VIVINTER via la messagerie de votre espace assuré. Le conjoint reçoit une nouvelle carte de tiers payant sur laquelle les enfants sont mentionnés avec son numéro de Sécurité sociale.

Si les enfants sont déjà rattachés sous les deux numéros de Sécurité sociale, il suffit de renvoyer à VIVINTER l'attestation de droits mentionnant le rattachement des enfants sous le numéro de Sécurité sociale du conjoint via la messagerie de votre espace assuré.

RAPPEL :

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

Dès la rupture de votre contrat de travail (sauf dans le cas de la portabilité), vous devez cesser d'utiliser votre carte de tiers payant et la retourner impérativement à :



Toute utilisation après la fin de vos droits génèrera une demande de remboursement des frais réglés.

A SAVOIR :

Le salarié et le conjoint exerçant une activité professionnelle ou bénéficiant d'un revenu de remplacement (allocation chômage, RSA, pension de retraite, rente d'invalidité, prestation incapacité) partagent le même espace assuré Vivinter (www.vivinter.fr) avec les mêmes identifiants et codes d'accès. Chacun peut ainsi consulter sur le même espace les dépenses de santé et les remboursements de toute la famille.



FOCUS SUR LES DÉMARCHES À SUIVRE EN CAS D'HOSPITALISATION

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), VIVINTER 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 leur communiquer :

- ➔ Votre NOM et PRÉNOM, et votre numéro 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, VIVINTER adresse par fax à l'établissement au maximum 10 jours avant la date de l'intervention, l'attestation de prise en charge hospitalière.

A SAVOIR :

Rendez-vous sur :
WWW.VIVINTER.FR / ESPACE ASSURÉ
pour effectuer une demande en ligne
ou
Contactez nos services en vous référant
à la page "Vos contacts" de ce guide.

Une prise en charge hospitalière réalisée en quelques clics, téléchargeable directement par l'assuré, conservée dans sa messagerie et envoyée automatiquement à l'établissement de santé.

Depuis le 1er avril 2022, les échanges entre les hôpitaux et les complémentaires sont dématérialisés et standardisés afin de vous faciliter l'accès aux soins. Ainsi, vous n'avez plus de démarche de prise en charge à effectuer lors d'une hospitalisation au sein d'un établissement conventionné. L'établissement est directement informé grâce à la mention "PEC HOSPI" présente en bas de la carte de Tiers Payant.

AVANT L'HOSPITALISATION DU PATIENT



L'établissement de santé interroge directement la complémentaire du patient pour connaître ces droits

En temps réel l'établissement de santé visualise la couverture et informe le patient des prestations prises en charge ou non.

Le patient est informé du montant prévisionnel qu'il aura à régler, notamment pour des prestations plus spécifiques comme la chambre individuelle.

À LA SORTIE DU PATIENT



L'établissement de santé transmet de façon électronique les factures à la complémentaire santé du patient.



L'établissement de santé transmet les frais non prise en charge par la complémentaire au patient



LES ACTES NECESSITANT L'ENVOI DE PIECES JUSTIFICATIVES À VIVINTER

(en complément de la Télétransmission NOEMIE des décomptes ou de l'envoi des décomptes Sécurité sociale ou d'un autre organisme complémentaire)

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE

(si vous n'avez pas pu bénéficier d'une prise en charge avant votre admission)

➔ Dans un établissement public :

- L'avis des sommes à payer ou le bordereau de facturation

➔ Dans un établissement privé :

- Les notes d'honoraires en cas de dépassements d'honoraires, accompagnées de la facture de l'établissement.

FRAIS D'OPTIQUE ET CHIRURGIE RÉFRACTIVE

- La facture détaillée (verres, montures, code LPP) et la copie de l'ordonnance*,
- La facture détaillée pour les lentilles acceptées et la copie de l'ordonnance*,
- La facture détaillée en cas de chirurgie réfractive.

➔ En cas de renouvellement : l'ordonnance est valable :

- 1 an pour les enfants de moins de 16 ans,
- 5 ans pour les patients de 16 à 42 ans,
- 3 ans pour les patients de plus de 42 ans,

** Sous conditions de la Sécurité sociale pour les lentilles acceptées et sauf mention contraire clairement mentionnée sur celle-ci par le praticien.*

CAS PARTICULIER DES LENTILLES REFUSÉES ET/OU JETABLES

➔ Lors du 1^{er} remboursement :

- La facture détaillée et la copie de l'ordonnance**

➔ Pour les remboursements suivants :

- la facture permettra d'être remboursé jusqu'à concurrence du forfait annuel.

*** L'ordonnance est valable 3 ans (1 an pour les enfants de moins de 16 ans) sauf mention contraire clairement mentionnée sur celle-ci par le praticien.*

FRAIS DE SOINS, DE PROTHÈSES ET IMPLANTS DENTAIRES

- Le devis conventionnel remis par le chirurgien-dentiste si la demande d'estimation du remboursement n'a pas été faite à VIVINTER avant la réalisation des actes,
- La facture détaillant les actes acceptés et non remboursés par la Sécurité sociale avec :
 - Le numéro des dents,
 - La cotation CCAM détaillée des actes (code et libellé),
 - Le montant des frais réels.

FRAIS D'ORTHODONTIE (refusés par la Sécurité sociale)

- La facture détaillée précisant le montant, la nature du traitement, les dates de début et fin de traitement.

FRAIS DE SOINS, DE PROTHÈSES ET IMPLANTS DENTAIRE

- Le reçu correspondant au ticket modérateur.

APPAREILLAGE

- La facture précisant le type d'appareillage.

MATERNITÉ / ADOPTION

- Un extrait d'acte de naissance de l'enfant précisant la filiation avec l'assuré,
- Les factures correspondant aux frais d'accouchement,
- La copie du jugement d'adoption définitif du Tribunal français ou le certificat d'adoption.

➡ NB : n'oubliez pas de nous adresser la copie de l'attestation de droits Sécurité sociale du nouveau-né et/ou de l'enfant adopté pour l'affilier à votre contrat.



CURE THERMALE

- L'attestation de l'établissement de cure,
- Les factures relatives aux frais engagés lors du séjour.

SOINS NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

- La facture détaillée,
- La prescription médicale.

SOINS À L'ÉTRANGER

- La facture détaillant les soins.

PHARMACIE / VACCINS NON REMBOURSÉS

- La copie de l'ordonnance,
- La facture détaillant le nom du bénéficiaire, la date des soins et le montant payé.



A SAVOIR :

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

La demande de remboursement accompagnée des décomptes de la Sécurité sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission) et des justificatifs nécessaires seront adressés à VIVINTER.

Retrouvez toutes les coordonnées sur la dernière page de ce guide.

Les services complémentaires

1. LES AVANTAGES DU RESEAU DE SOINS



Le réseau SANTECLAIR regroupe des spécialistes de la santé en ophtalmologie, en dentaire, en chirurgie réfractive...

Ce réseau vous permet de bénéficier sur tout le territoire national : de soins moins onéreux et de qualité, de meilleurs remboursements, de tarifs spécialement négociés auprès de professionnels sélectionnés pour leur expertise et leurs compétences, etc.

➔ **SANTECLAIR** c'est :

- Un réseau de 3 050 opticiens
- Un réseau de 60 centres de chirurgie réfractive
- Un réseau de 3 000 chirurgiens- dentistes et orthodontistes
- Un réseau d'implantologues dentaires
- Un réseau de 700 audioprothésistes
- Un réseau de 315 partenaires ostéopathes dont 55 chiropracteurs

➔ **Des réductions tarifaires privilégiées :**

Optique

Jusqu'à -20% de remise sur les montures et des tarifs plafonnés sur les lentilles, 15% de remise sur tous les autres produits (solaires, produits lentilles...).

Dentaire

De 15% à 20% sur les prothèses dentaires et l'orthodontie, Jusqu'à 50% sur les implants par rapport aux prix constatés sur le marché.

Audioprothèse

40 % à -50% moins cher en moyenne par rapport aux prix du marché sur les prothèses auditives (sur la totalité des produits de grandes marques), une remise de 20% sur les accessoires (piles et produits d'hygiène).

Médecine douce

10 à 15 % inférieurs au prix moyen du marché

➔ **La dispense d'avance de frais** (tiers payant) dans la limite des garanties prévues par votre contrat.

➔ **La sécurité de vos achats :**

En optique

- Des verres de grandes marques alliant qualité et technologie grâce à nos verriers partenaires 'Essilor, Nikon, Zeiss, Optiswiss avec la remise d'un certificat d'authenticité
- La garantie casse de vos lunettes (verres et montures) sans franchise pendant 2 ans,
- Un engagement sur des offres de 2ème paire de qualité à prix négociés,
- La garantie "satisfait ou échangé" valable 3 mois.

En audioprothèse

Au moins un mois d'essai de la prothèse en situation de vie courante, visite de contrôle pour un bilan complet au moins une fois par an.

COMMENT GEOLOCALISER LES PARTENAIRES DU RESEAU ?

Informations à l'usage des assurés

- ➔ Consultez les coordonnées des partenaires SANTECLAIR sur :
 - L'application mobile VIVINTER / Mon Espace assuré / Professionnel de santé,
 - www.vivinter.fr / Espace assuré / Votre Tiers Payant,
 - Ou appelez le **01 70 91 39 49** (en mentionnant votre numéro de contrat indiqué sur votre carte de tiers payant).
- ➔ Rendez-vous chez le partenaire SANTECLAIR de votre choix, muni de votre carte de tiers payant et demandez à bénéficier des tarifs et avantages du réseau SANTECLAIR.
- ➔ Votre praticien effectuera les démarches nécessaires à l'obtention de l'accord de prise en charge auprès de SANTECLAIR. En cas de reste à charge, vous l'acquitterez directement.

SERVICE D'ANALYSE DE DEVIS EN OPTIQUE, DENTAIRE, AUDIOPROTHÈSE ET HONORAIRES HOSPITALIERS

- ➔ Si vous souhaitez consulter un praticien qui n'appartient pas au réseau SANTECLAIR, vous bénéficiez du service d'analyse de devis auprès de notre partenaire SANTECLAIR.
- ➔ Ce service vous permet de vérifier que votre dépense de santé est adaptée à vos besoins, tout en payant le prix habituellement pratiqué sur le marché.
- ➔ Pour cela, vous devez adresser votre devis à SANTECLAIR en précisant votre numéro de téléphone pour vous joindre. :
 - Par e-mail : devis@santclair.fr ou via le formulaire sur www.santclair.fr / espace assuré,
 - Par courrier : SANTECLAIR - 7 mail Pablo Picasso, 44 000 NANTES,
 - Par fax au **01 47 61 21 04**
- ➔ Un conseiller SANTECLAIR réalise l'analyse technique, tarifaire et estime le montant de votre remboursement sous 72 heures

A SAVOIR :

Si vous n'utilisez pas le réseau SANTÉCLAIR, vous ne bénéficierez pas du niveau de garantie des verres dans le réseau.

Votre remboursement sera celui du niveau des garanties des verres Hors Réseau.

Vous pouvez bénéficier toutefois du tiers payant en présentant votre carte de tiers payant Almerys VIVINTER.



2. LA TELECONSULTATION MEDICALE

La téléconsultation est un service disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

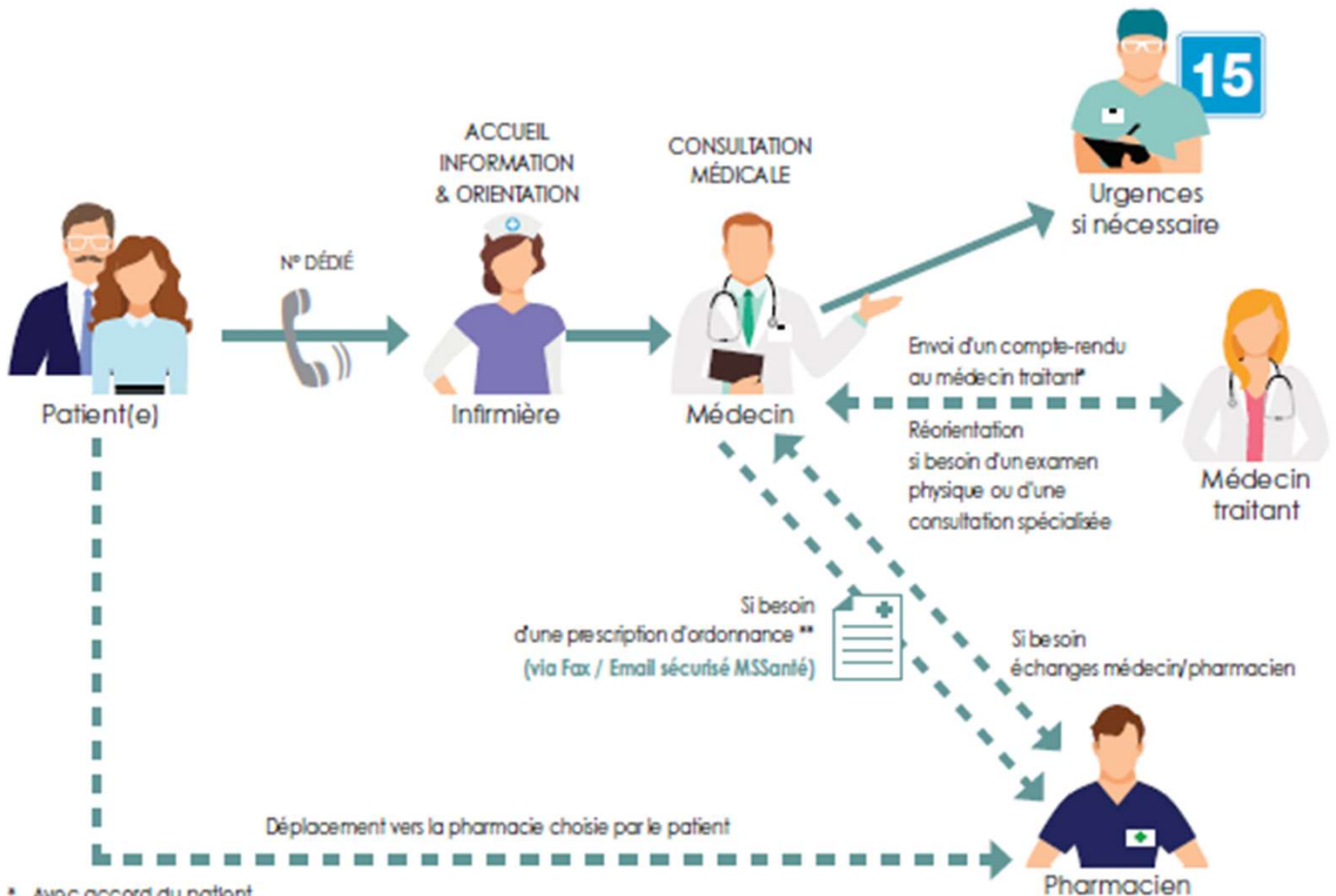
Vous avez un problème de santé et vous êtes dans l'impossibilité de joindre votre médecin traitant ? Les consultations sont assurées par des médecins inscrits à l'Ordre des Médecins et protégées par le secret professionnel.

Comment cela se déroule ?

- ➔ Accueil et orientation par un(e) infirmier(e) qui peut vous orienter vers les urgences le cas échéant ou une mise en relation avec le 15,
- ➔ Diagnostic médical par un médecin généraliste :
 - Une recommandation du médecin est délivrée et ne nécessite pas d'autres actions : un traitement en vente libre vous est conseillé,
 - Une prescription est nécessaire : une ordonnance est transmise de façon sécurisée à la pharmacie que vous avez choisie où vous pourrez aller récupérer vos médicaments,
 - Un examen physique s'impose : une réorientation vers le médecin traitant ou un spécialiste sera effectuée (indication du délai et du type de spécialiste).
- ➔ Dans tous les cas, après la téléconsultation, un rapport est envoyé à votre médecin traitant, avec votre accord.

Comment les contacter ?

Par téléphone (sans surcoût) au **(+33) 1 55 92 14 64** ou par visioconférence si vous le souhaitez



* Avec accord du patient

** Envoi de l'ordonnance à la pharmacie choisie par le patient

3. L'ASSISTANCE

Vous bénéficiez d'une garantie d'assistance adaptée à de nombreuses situations en cas d'aléas de la vie.

- ➔ Vous êtes hospitalisé plus de 24 heures ou en ambulatoire ?
- ➔ Vous recevez un traitement dans le cadre d'une Affection longue durée ?
- ➔ Vous devez vous occuper d'un proche en perte d'autonomie ?
- ➔ Vous devez être rapatrié ?
- ➔ Vous avez besoin d'une aide à domicile, d'une garde d'enfants d'une livraison de repas... ?

Cette garantie vous offre une enveloppe de services adaptée à vos besoins.

AG2R La Mondiale peut vous proposer sous certaines conditions une prise en charge globale :

1. Contactez-les (en amont de votre hospitalisation par exemple) : évaluez avec eux votre situation et vos besoins,
2. Ils vous orienteront vers les prestations appropriées,
3. Vous choisissez les services à mettre en place.

Comment les contacter ?

- ➔ Depuis la France **01 40 25 53 74**
- ➔ Depuis l'étranger **00 33 1 40 25 53 74**
- ➔ En précisant le numéro de protocole suivant **922137**

4. L'ACTION SOCIALE

Face aux aléas de la vie, AG2R La Mondiale peut, sous certaines conditions, vous apporter une aide individualisée. Pour vous conseiller, vous orienter, ou vous aider financièrement face à des restes à charge importants, AG2R La Mondiale offre la possibilité aux bénéficiaires du régime, après étude de leur dossier, de recourir à son fonds social.

LES PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTION :

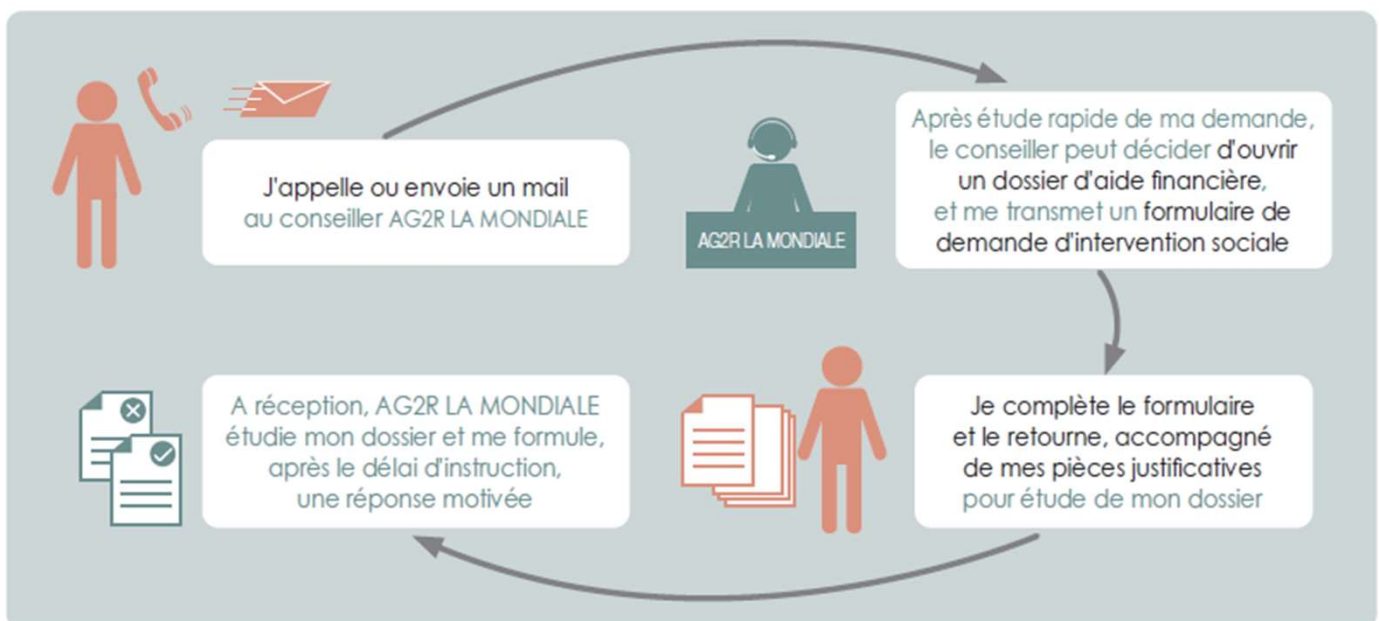
- ➔ **Frais de santé, frais hospitalier ou prothèses et soins générant un reste à charge important,**
- ➔ **Situation de handicap nécessitant des équipements spécifiques non pris en charge.**

Les éléments constitutifs du dossier sont les suivants :

- L'objet de la demande,
 - Les charges du foyer (loyer/crédit/imposition/énergie...),
 - Les ressources du foyer (revenus/allocations...),
 - Les sollicitations auprès d'autres organismes,
 - Les justificatifs des actes de soins (reste à charges, factures...).
- ➔ Les assurés Fnac peuvent directement soumettre leur dossier de demande d'aide financière, accompagné d'un document qui atteste qu'ils ont bien soumis au préalable leur demande auprès des organismes légaux (attestation sur l'honneur et preuve de dépôt d'un dossier auprès d'un organisme d'état).
- ➔ Après examen de votre dossier, la commission nationale paritaire pourra éventuellement accorder un soutien financier.

COMMENT PUIS-JE SOLLICITER L'ACTION SOCIALE AG2R LA MONDIALE ?

- ➔ Votre contact pour l'action sociale : **09 69 361 043**



Les services et les contacts Vivinter

GERER MA SANTE EN QUELQUES CLICS !

Sur votre Espace Assuré sur www.vivinter.fr ou votre **application mobile**, vous pouvez vous connecter 24h/24 pour effectuer l'ensemble de vos démarches et demandes en ligne :



Comment obtenir votre identifiant et votre mot de passe ?

- ➔ Connectez-vous sur www.vivinter.fr / **espace assuré**
- ➔ Sur l'écran d'authentification, renseignez votre adresse email ou votre numéro de téléphone,
- ➔ Puis cliquez sur "1ère Connexion".
- ➔ Renseignez les informations demandées et laissez-vous guider pour personnaliser votre mot de passe.

Quelles démarches et demandes pouvez-vous réaliser en ligne ?

- ➔ Gérer vos informations personnelles : RIB, adresse postale ;
- ➔ Accéder (y compris hors connexion sur l'application mobile) et imprimer votre carte de tiers payant ;
- ➔ Géolocaliser un professionnel de santé dans et hors réseau de soins ;
- ➔ Être alerté d'un remboursement ;
- ➔ Visualiser vos remboursements et décomptes en ligne ;
- ➔ Transmettre une demande de remboursement / une pièce justificative ;
- ➔ Demander une prise en charge hospitalière, qui sera adressée directement à l'établissement de santé ;
- ➔ Transmettre un devis pour estimation du montant de remboursement et reste à charge éventuel.

COMMENT CONTACTER VIVINTER ?

- ➔ Pour toutes vos demandes relatives aux devis, aux prises en charge hospitalière, à vos remboursements ou encore vos cotisations :

Privilégiez votre espace assuré



www.vivinter.fr

- ➔ Espace assuré
- ➔ Rubrique "Messagerie"

Ou l'application mobile



Application Vivinter

- ➔ Disponible gratuitement sur Apple Store & Google Play

Par téléphone



Centre de relation clients

- ➔ 01 70 91 39 01
- ➔ Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00

Par courrier



VIVINTER - TSA 70004

93414 Saint-Denis Cedex

- ➔ Merci de préciser sur l'enveloppe le département auprès duquel vous souhaitez adresser vos demandes.

LES EQUIPES VIVINTER A VOTRE ECOUTE

- ➔ Concernant votre affiliation, votre carte tiers payant, la télétransmission avec la Sécurité Sociale, vous avez la possibilité de contacter Vivinter via votre espace assuré ou via une adresse mail dédiée : fnacdartyaffiliations@vivinter.fr

