



fnac

Mon livret **Santé**

Ensemble du personnel
Janvier 2026


Vivinter
Groupe DiotSiaci

Ce livret résume les principales garanties, applicables à compter du 1er janvier 2026, du contrat d'assurance frais de santé souscrit auprès d'AG2R LA MONDIALE avec le conseil du groupe Diot-Siaci — Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris Cedex 17 — et son centre de services VIVINTER. L'objet de ce livret est de vous présenter et de vous décrire les principales prestations santé auxquelles vous avez droit ainsi que leurs conditions d'application. Il ne remplace pas la notice d'information qui doit être établie par l'organisme assureur et qui vous est communiquée par votre employeur. 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 médicaux sont directement liés à une consommation médicale raisonnable.

Mon contrat

Ce contrat couvre **l'Ensemble du Personnel**.

Votre contrat comprend un régime de base à adhésion obligatoire ainsi qu'un régime surcomplémentaire à adhésion facultative. Le régime de base souscrit par votre entreprise respecte les dispositions du contrat responsable. Le régime surcomplémentaire est quant à lui non responsable.



CHOIX ET DÉBUT DES GARANTIES

- Vous choisissez la formule de garanties : « régime de base » **ou** « régime surcomplémentaire » ; à défaut de choix exprimé au moment de l'affiliation, la formule « régime de base » est retenue.
- Les garanties débutent :
 - À la date d'effet du contrat.
 - À la date d'embauche si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du régime cessent pour vous et vos ayants droit :

- A la date de départ de l'entreprise (sauf en cas de portabilité des droits).
- En cas de suspension de votre contrat de travail 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),
- Au jour de votre départ en retraite,
- En cas de décès (sauf dans le cas d'un maintien des garanties en faveur des ayants droit au moment du décès prévus contractuellement),
- A la date de résiliation du contrat collectif,
- En cas de non-paiement des cotisations à titre individuel, dans le cas d'une suspension de contrat de travail (congé parental par exemple).

Bénéficiaires du contrat

Vous en tant que salarié de l'entreprise ainsi que vos ayants droit s'ils en font la demande :

Votre conjoint*, concubin lié par un Pacte civil de solidarité ou non.

- 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.
- **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.**

* 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.

Vos enfants non mariés ou ceux de votre conjoint ou concubin :

- les enfants de moins de 18 ans à votre charge, ou à la charge de votre conjoint, ou de votre concubin
- les enfants de moins de 26 ans, sous réserve :
 - qu'ils soient à votre charge au sens de la législation fiscale, à savoir : vos enfants, ou ceux de votre conjoint ou de votre concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
 - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur votre avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global ;
 - ou qu'ils poursuivent des études secondaires ;
 - ou qu'ils poursuivent des études supérieures
 - ou qu'ils soient sous contrat d'apprentissage ou sous contrat de professionnalisation ;
 - ou qu'ils soient à la recherche d'un premier emploi et inscrits à France Travail (sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée) ;
- les enfants quel que soit leur âge, à condition qu'ils perçoivent l'une des allocations pour adultes handicapés (Loi du 30 juin 1975) et qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité.



Formalités d'affiliation et modification

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 la carte Vitale (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. La cotisation sera prélevée sur votre bulletin de salaire.

Au moment de votre affiliation, vous pouvez, si vous le souhaitez, et moyennant le paiement d'une cotisation additionnelle à votre charge, prélevée sur votre compte bancaire par VIVINTER, choisir d'adhérer au régime surcomplémentaire.

L'adhésion au régime surcomplémentaire est facultative

Vous pourrez si vous le souhaitez adhérer ou non à la surcomplémentaire, la cotisation sera à votre charge et prélevée sur votre compte bancaire par VIVINTER..

Si vous souhaitez affilier vos bénéficiaires, nous vous remercions de bien vouloir cocher la case correspondante sur le bulletin individuel d'affiliation et de compléter le mandat SEPA.

- 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 0.2561% du PMSS pour 2026 (4 005€).
- 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 0,2561% du PMSS pour 2026 (4 005€) en complément de la cotisation mutuelle de base FNAC. Les cotisations sont payables mensuellement par prélèvement effectué directement sur son compte bancaire par Vivinter.

Changement de régime de garanties :

- **Soit au 1er janvier**, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins trois mois avant par lettre recommandée avec avis de réception ;
- **Soit en cas de changement de situation familiale**, sous réserve d'en faire la demande dans les deux mois qui suivent le changement de situation. Dans ce cas, le changement intervient au 1er jour du mois suivant la demande. Dans tous les cas, le changement de régime mutuelle à la hausse ou à la baisse ne peut intervenir qu'après deux années complètes d'affiliation au régime initialement choisi.

Toutefois, en cas de modification dans la situation familiale, cette condition n'est pas requise, et le changement intervient au 1er jour du mois suivant la demande.

À savoir



En cas de changement de la composition familiale (mariage, naissance, adoption, divorce, décès d'un ayant droit, signature d'un PACS), vous devez prévenir votre service du personnel par courrier ou tout autre moyen dans les 30 jours, pour une prise en compte dès la date de l'événement. À défaut, la date de prise d'effet est le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion.

En cas de changement d'adresse ou d'organisme bancaire, vous devez prévenir VIVINTER en envoyant un RIB (au format IBAN/BIC) sur www.vivinter.fr/ Espace assuré/ Situation/ Mes informations personnelles ou par courrier à : **VIVINTER – Département Affiliations - TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX**

Quelles sont les pièces justificatives à fournir pour les bénéficiaires ?

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

- Photocopie de l'attestation de droits établie par le Régime de la Sécurité sociale des Etudiants de l'enfant, en vigueur pour l'année scolaire.
- Certificat de scolarité ou la carte d'étudiant de l'année 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 Etudiants 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".

À savoir

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

Quelles sont les pièces justificatives à fournir pour les bénéficiaires ?

Le salarié / Conjoint / Concubin / Partenaire de PACS :

- 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,
- 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.

Mon tableau des garanties

Nature des prestations	Base	Base + surcomplémentaire
HOSPITALISATION		
Frais de séjour en établissement conventionné	400% BR	400% BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	400% BR	400% BR
Forfait journalier hospitalier	100% Frais réels	100% Frais réels
Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-ACO)	400% BR	400% BR
Honoraires avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-ACO)	100% BR + 100% TM	500% BR + 100% TM
Chambre particulière par jour	2% PMSS	2% PMSS
Frais accompagnement par jour (enfant de - de 16 ans)	1% PMSS	1% PMSS
SOINS COURANTS		
Médecin généraliste avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-ACO)	150% BR	150% BR
Médecin généraliste avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-ACO)	100% BR + 100% TM	100% BR + 100% TM
Médecin spécialiste avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-ACO)	300% BR	300% BR
Médecin spécialiste avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-ACO)	100% BR + 100% TM	340% BR + 100% TM
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-ACO)	150% BR	150% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-ACO)	100% BR + 100% TM	200% BR + 100% TM
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - Non conventionné	100% BR + 100% TM	200% BR + 100% TM
Imagerie médicale avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-ACO)	200% BR	200% BR
Imagerie médicale avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-ACO)	100% BR + 100% TM	100% BR + 100% TM
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	150% BR	150% BR
Analyses et examens de laboratoires	150% BR	150% BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Pharmacie prescrite non-remboursée par la Sécurité sociale	50€	100€
Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale	300% BR	300% BR
TRANSPORT		
Frais de Transport remboursés Sécurité sociale	150% BR	150% BR
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% SANTE	HLF - Ss	HLF - Ss
Soins dentaires (hors 100% santé)	cf grille dentaire	cf grille dentaire

Légende :

FR : Frais Réels - **BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur

PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale -

PLV : Prix limite de vente - **HLF** : Honoraires limite de facturation

Les prestations du régime (« Base » ou « Base + surcomplémentaire ») s'entendent en complément des prestations de la Sécurité sociale, sauf mention contraire.

Comment trouver un praticien OPTAM / OPTAM-ACO ?

Pour une consultation auprès d'un praticien adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée :

- **Etape 1** : Rendez-vous sur la plateforme de recherche : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>
- **Etape 2** : Renseignez :
 - Le lieu,
 - Et le nom du professionnel de santé (ou du centre de santé) ou la profession recherchée.
- **Etape 3** : Affinez votre recherche
 - Avec le filtre « Type d'honoraires »,
 - Sélectionnez le champ "Honoraires avec dépassements maîtrisés" pour afficher les praticiens adhérents.

Mon tableau des garanties

Nature des prestations	Base	Base + surcomplémentaire
OPTIQUE		
Equipements 100% SANTE	PLV - Ss	PLV - Ss
Monture adulte	cf grille optique	cf grille optique
Monture enfant		
Verres		
Chirurgie réfractive/œil	450€	750€
AIDES AUDITIVES		
Equipe ment 100% SANTE	PLV - Ss	PLV - Ss
Accessoires, entretien et piles remboursés par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Prothèse auditive à tarif libre pour les 21 ans et plus (remboursement de la Sécurité sociale inclus)	1700€	1700€
Prothèse auditive à tarif libre pour les moins de 21 ans (remboursement de la Sécurité sociale inclus)	1700€	1700€
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE		
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006	100% TM	100% TM
Vaccins prescrits remboursés par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	1% PMSS	1% PMSS
Médecines douces (par séance) : Ostéopathe, Chiropracteur, Etiopathe, Acupuncteur, Pédicurie, Podologue, Nutritionniste, Diététicien, Psychomotricien, Hypnothérapeute, Sophrologue, Homéopathe, Mésothérapeute	1,5% PMSS limité à 3 séances/an/bénéficiaire	1,5% PMSS limité à 6 séances/an/bénéficiaire
Psychologue non remboursé par la Sécurité sociale (par séance)	1,5% PMSS limité à 4 séances/an/bénéficiaire	1,5% PMSS limité à 6 séances/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie	200% BR	200% BR
Détartrage complet sus et sous gingival	100% TM	100% TM
Vaccin DTP (diphtérie - tétanos - poliomyélite)	100% TM	100% TM

Légende :

FR : Frais Réels - **BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur

PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale -

PLV : Prix limite de vente - **HLF** : Honoraires limite de facturation

Les prestations du régime (« Base » ou « Base + surcomplémentaire ») s'entendent en complément des prestations de la Sécurité sociale, sauf mention contraire.

Ma grille optique

	Niveau de défaut visuel	DANS LE RÉSEAU SANTÉCLAIR* sur le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair	HORS RÉSEAU SANTÉCLAIR garantie par verre (RO inclus)	
			ADULTES	ENFANTS
Verre UNIFOCAL Classe B	NIVEAU 101 - VERRE SIMPLE	0€ de reste à charge sur tous les verres et traitements SAUF TEINTE ET PHOTOCHROMIE	55 €	35 €
	NIVEAU 102 – VERRE SIMPLE		75 €	55 €
	NIVEAU 103 – VERRE COMPLEXE		90 €	85 €
	NIVEAU 104 – VERRE COMPLEXE		150 €	95 €
Verre MULTIFOCAL Classe B	NIVEAU 111 - VERRE COMPLEXE		130 €	95 €
	NIVEAU 112 – VERRE COMPLEXE		180 €	95 €
	NIVEAU 113 – VERRE TRÈS COMPLEXE		200 €	95 €
	NIVEAU 114 – VERRE TRÈS COMPLEXE		210 €	95 €

MONTURE CLASSE B ADULTE ET ENFANT à partir de 16 ans (RO inclus)	100 €	
Monture classe B enfant de 0 à 15 ans (RO inclus)	100 €	
Prestations d'adaptation, filtres et suppléments optiques	0€ de reste à charge	100% BRSS
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale	230 € par an (y compris les produits d'entretien) Au-delà du forfait: ticket modérateur pour les lentilles acceptées	

	La classe A dans le réseau Santéclair	La classe A hors réseau
Prise en charge intégrale de l'équipement 100% santé (classe A) 2 verres + 1 monture (dont 30€ maximum pour la monture)	OFFRECLAIR Équipement avec monture Origine France Garantie (choix de 81 montures) et 2 verres de marques amincis (selon le besoin de correction visuelle) anti-rayures et anti-reflets disponible chez tous les opticiens partenaire Santéclair	Équipement au choix de l'opticien (choix de 54 montures)

* 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.

Limites de consommation :

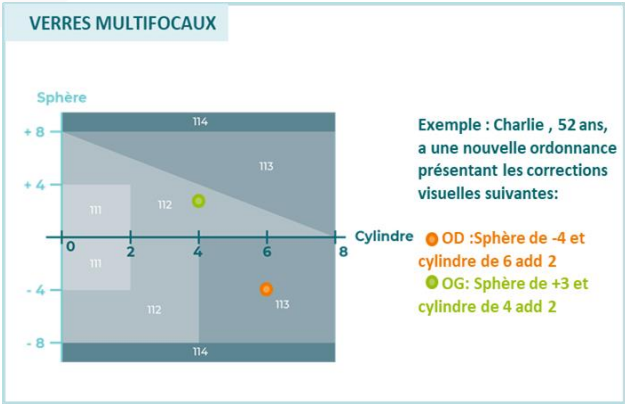
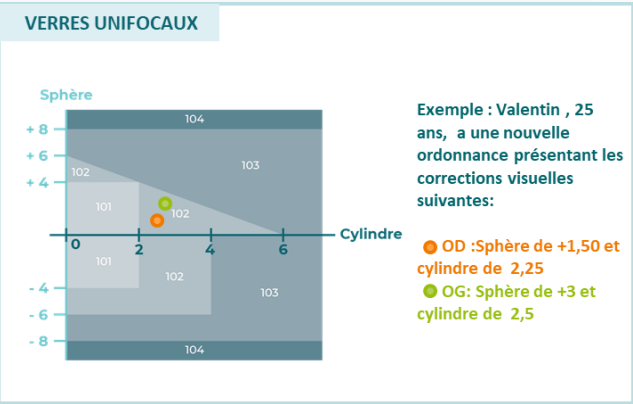
- Adulte à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans (sauf dérogation)
- Enfant : 1 équipement par an, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions

Ma grille optique

CORRESPONDANCE DES NIVEAUX DE DÉFAUTS VISUELS

	Puissance	Niveau Santéclair	Correspondance niveau ANI et contrat responsable
Verres UNIFOCAUX Adulte & Enfant	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	NIVEAU 101	SIMPLE
	Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2	NIVEAU 102	
	Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4		
	Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6		NIVEAU 103
	Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6		
	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4	NIVEAU 104	
	Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25		
Sphère de 0 à +8 et S+C > 6	NIVEAU 111	COMPLEXE	
Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	NIVEAU 112*		
Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2			
Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2			
Verres MULTIFOCAUX Adulte & Enfant	Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4		NIVEAU 113
	Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8		
	Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8		
	Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25	NIVEAU 114	
	Sphère de 0 à +8 et S+C > 8		
Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre			

* Les plages de sphères de ±4,25 à ±8 avec cylindre = 0 et cylindres de 4,25 à 8 avec sphère = 0 sont des verres très complexes considérés comme complexes dans les remboursements



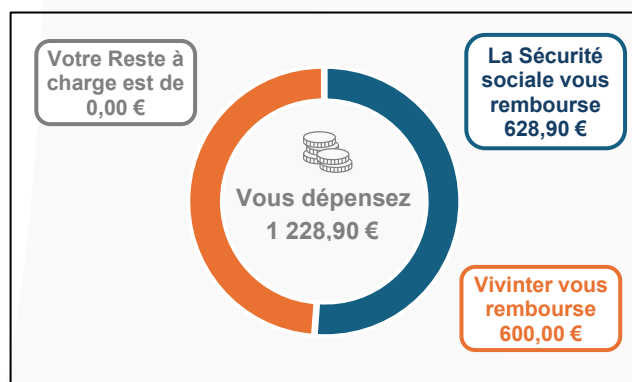
Ma grille dentaire

	DENTAIRE		
	dans la limite d'un plafond annuel de 3 000€ par bénéficiaire hors soins dentaires*		
	Offre "Panier 100 % Santé" selon matériaux et position de la dent	Offre hors réseau Santéclair "Paniers à tarif libre et tarif modéré"	Offre réseau Santéclair "Paniers à tarif libre et tarif modéré"
Soins dentaires			
Soins dentaires ** hors Inlay et Onlay	non concerné	100% Ticket Modérateur	
Inlay/Onlay pris en charge par la Sécurité sociale	non concerné	150 €	+200€
Prothèses dentaires			
Couronne ou Inter de bridge (prise en charge ou non par la Sécurité sociale) T	0€ de reste à charge sur tous matériaux sauf couronne céramo-céramique sur incisives, Canines, 1ere prémolaire	300 €	+100€
	0€ de reste à charge sur couronne métal et céramique avec Zircon sur 2eme prémolaire	300 €	+250€
	0€ de reste à charge sur couronne métal sur molaires	300 €	+140€
Couronne sur implant	non concerné	300 €	+200€
Implant racine (max 3/an)	non concerné	500 €	+200€
Pilier implantaire (max 3/an)	non concerné	200 €	+100€
Bridge 3 éléments pris en charge par la Sécurité sociale	non concerné	775 €	+200€
Inlay core pris en charge par la Sécurité sociale	0€ de reste à charge si couronne du panier 100% santé	100 €	+75€
Appareil amovible pris en charge par la Sécurité sociale	0€ de reste à charge sur appareil amovible en résine en 2021	125% BR + 400€	+200€
Autres soins et prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris gouttière d'occlusion)	non concerné	175% BR	
Autres actes dentaires			
Couronne provisoire - transitoire	non concerné	30 €	+30€
Examen de prévention 6/14 ans	non concerné	100% pris en charge par la Sécurité sociale	
Renouvellement de sillons 6/14 ans	non concerné	100% pris en charge par la Sécurité sociale	
Test salivaire	non concerné	70 €	
Vernis fluorés	non concerné	5€ par dent	
Parodontie (traitement des gencives)	non concerné	500 € / an	
Orthodontie			
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	non concerné	700€ par semestre / bénéficiaire	
Orthodontie non prise par la Sécurité sociale	non concerné	Régime de base : néant Surcomplémentaire : 300€/ semestre	
Contention prise en charge par la Sécurité sociale	non concerné	250 € / an / bénéficiaire	
Autres actes pris en charge par la Sécurité sociale	non concerné	150% BR	
BR : Base de Remboursement Sécurité sociale - FR : Frais Réels - TM : Ticket Modérateur - RSS : Remboursement Sécurité Sociale			
*Au-delà de ce plafond, prothèses remboursées dentaires et orthodontie remboursées à 55% de la BR			
**Les soins dentaires ne font pas l'objet de dépassement			
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.			

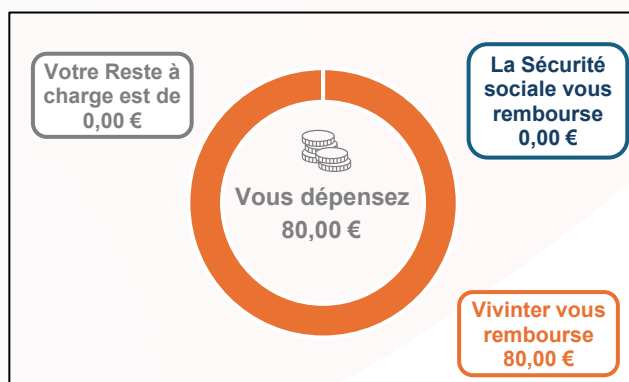
Exemples de remboursements

Hospitalisation

Honoraires chirurgicaux OPTAM (1)

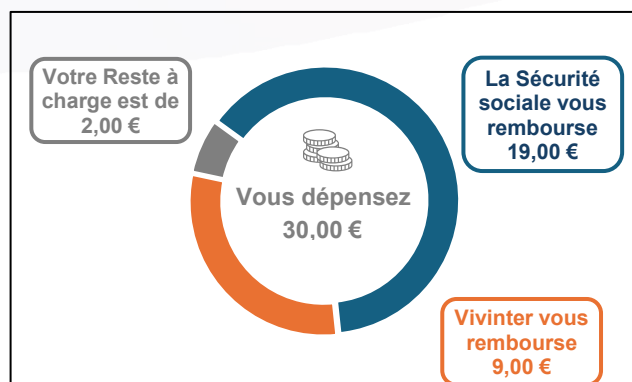


Chambre particulière

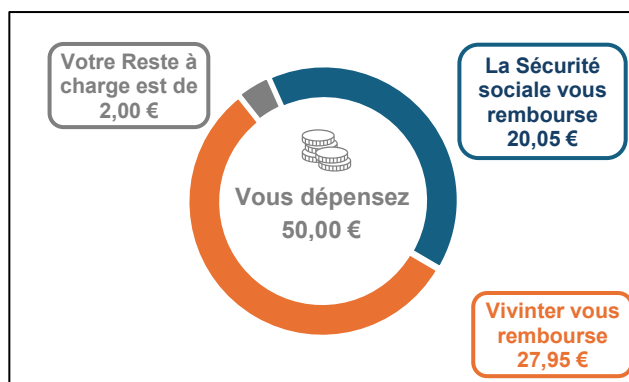


Soins courants (2)

Consultation généraliste OPTAM

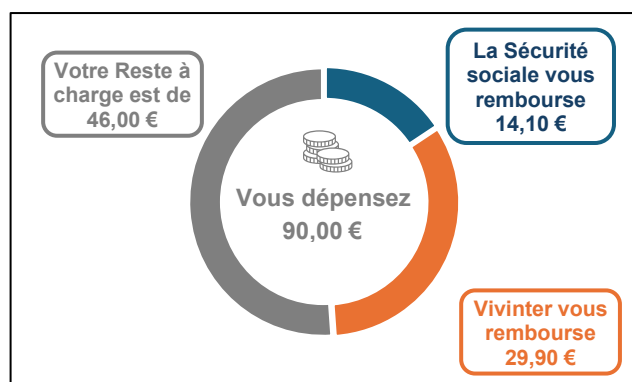


Consultation spécialiste OPTAM

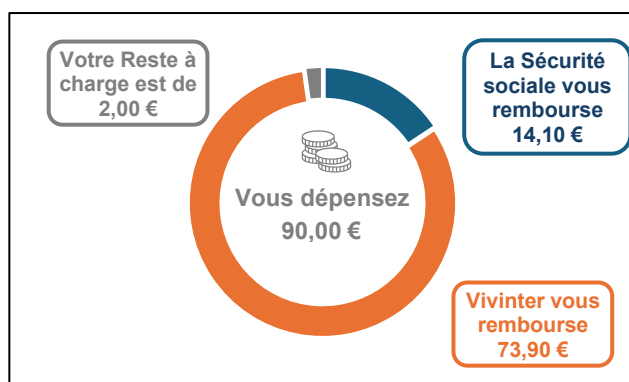


Consultation spécialiste Non-OPTAM

Régime de base



Régime surcomplémentaire



(1) Le taux de remboursement de la Sécurité sociale est de 100% dans cet exemple.

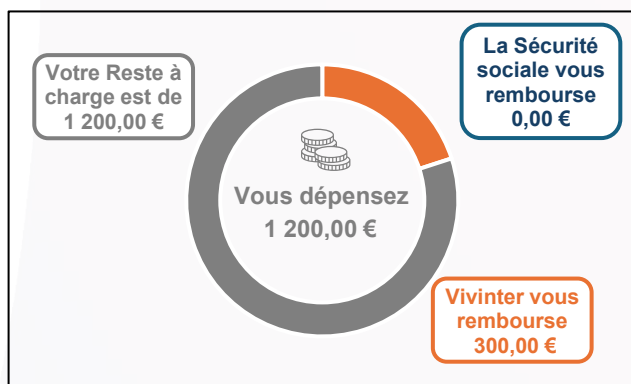
(2) La base de remboursement est de 31,50 € pour les médecins spécialistes signataires de l'OPTAM et de 23 € pour les non-signataires de l'OPTAM.

Exemples de remboursements

Dentaire

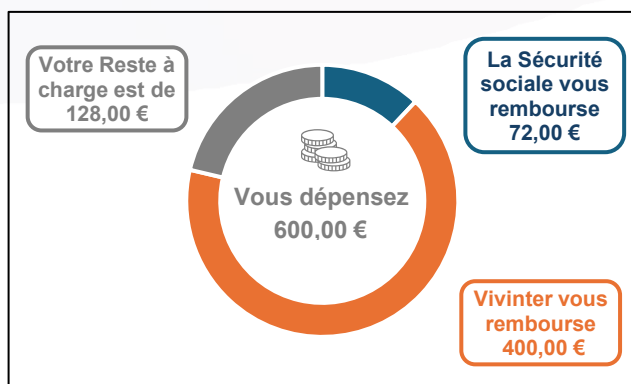
Orthodontie non prise en charge SS

(Surcomplémentaire uniquement)

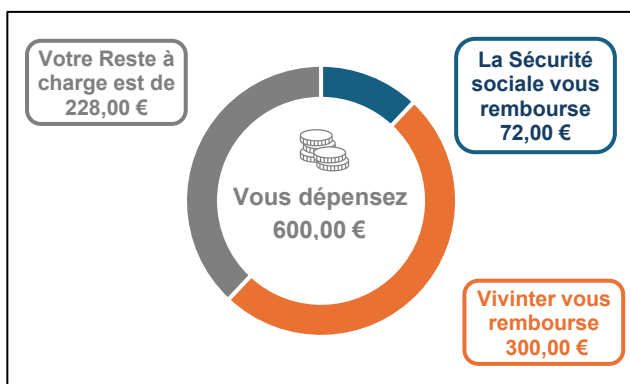


Prothèse (dent visible)

Dans le réseau Santéclair

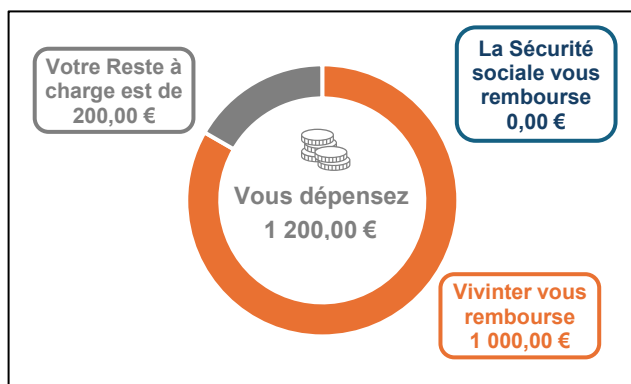


Hors du réseau Santéclair

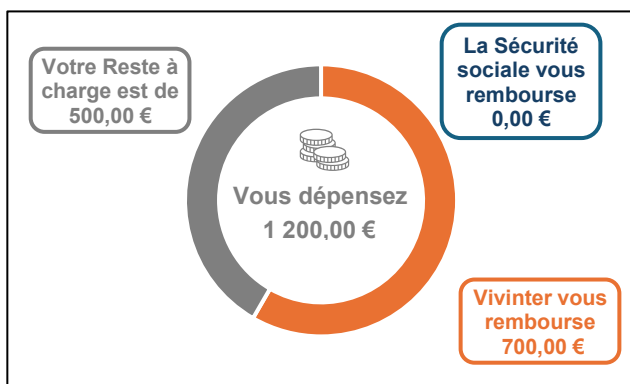


Implantologie (racine et pilier)

Dans le réseau Santéclair



Hors du réseau Santéclair



Exemples de remboursements

Optique

Exemple 1 : Equipement pour un adulte (monture et verres)

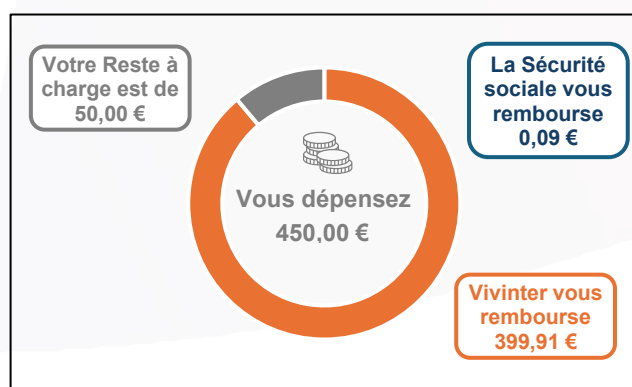
Dans le réseau Santéclair

Monture :

- Dépense : 150 €
- Reste à charge : 50 €

Verres unifocaux (niveau 101 – grille optique) :

- Dépense : 300 €
- Reste à charge : 0 €



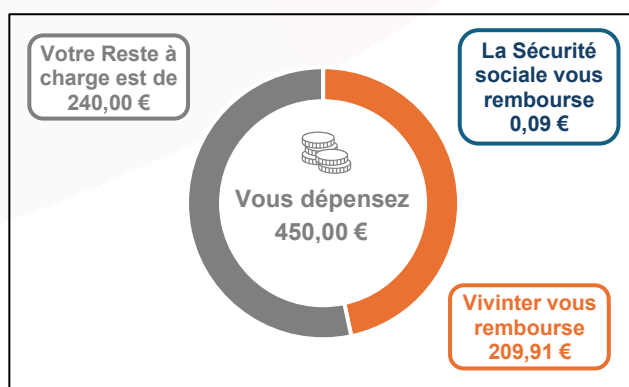
Hors du réseau Santéclair

Monture :

- Dépense : 150 €
- Reste à charge : 50 €

Verres unifocaux (niveau 101 – grille optique) :

- Dépense : 300 €
- Reste à charge : 190 €



Exemple 2 : Equipement pour un adulte (monture et verres)

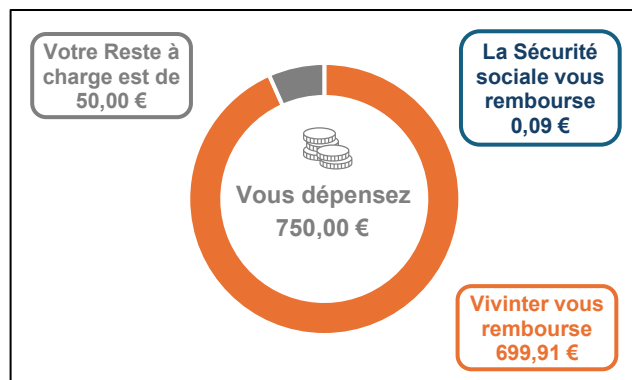
Dans le réseau Santéclair

Monture :

- Dépense : 150 €
- Reste à charge : 50 €

Verres multifocaux (niveau 112 – grille optique) :

- Dépense : 600 €
- Reste à charge : 0 €



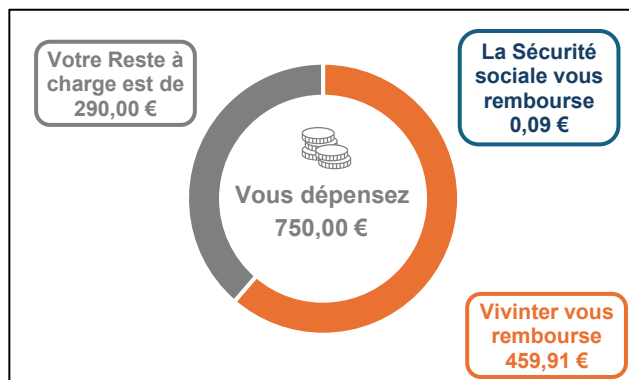
Hors du réseau Santéclair

Monture :

- Dépense : 150 €
- Reste à charge : 50 €

Verres multifocaux (niveau 112 – grille optique) :

- Dépense : 600 €
- Reste à charge : 240 €



Mon réseau de soins



Vous avez accès au réseau de soins **SANTECLAIR**. En consultant un professionnel de santé partenaire de ce réseau, vous bénéficierez d'**avantages uniques**.

Pour connaître tous vos avantages, consultez votre **Viv'Pratique** que vous trouverez sur votre **Espace assuré/ Situation/ Mes documents utiles**. Vous pourrez également y découvrir les démarches pour trouver un praticien partenaire du réseau.



Le 100% Santé

Cette réforme a permis la création d'un panier de soins dit **100% santé sans reste à charge**.

5 postes concernés :



Audioprothèse et Optique

Création de deux paniers :

- Panier 100% Santé : mise en place progressive de Plafonds Limite de Vente (PLV) appliqués aux professionnels de santé.
- Panier Libre : Sans plafond limite de vente.



Dentaire

Création de trois paniers selon la localisation de la dent et le matériau de la prothèse :

- Panier 100% Santé : mise en place progressive de Plafonds Limite de Vente (PLV) appliqués aux professionnels de santé.
- Tarifs maîtrisés : prix plafonnés.
- Panier Libre : Sans plafond limite de vente.

NOUVEAUTÉS



Prothèses capillaires

- 4 classes sont définies :
- Classe I : Prothèses capillaires synthétiques, avec une surface d'implantation manuelle d'au moins 15 cm². Prise en charge intégralement par l'Assurance Maladie **dans la limite de 350 €**.
- Classe II : Panier 100% santé. Prothèses capillaires avec au moins 30 % de cheveux naturels, ou en fibres synthétiques avec une surface implantée manuellement supérieure à 30 cm². Sans reste à charge pour l'Assuré, dans la limite du prix fixé par le **Panier 100% Santé à savoir 700 € dont 250 € par l'Assurance Maladie**.
- Classe III et IV : **remboursement partiel encadré**, selon les garanties prévues au contrat.
- Prescription médicale renouvelable tous les 12 mois
- Fournisseur : La prothèse doit être fournie par un professionnel agréé par l'Assurance Maladie ou habilité à fournir ce type de matériel.



Fauteuils Roulants

- Panier 100% Santé : **Remboursement intégral** par l'Assurance maladie, pas de reste à charge pour les produits figurant sur la liste des produits et des prestations remboursables.
- Entretien et la réparation pour les fauteuils roulants manuels **260€ et électriques 750€ par an pris en charge pour l'Assurance Maladie**
- Prescription écrite par un professionnel de santé
- Guichet unique maîtrisé pour la prise en charge par l'Assurance Maladie

Mes services +

L'ASSISTANCE

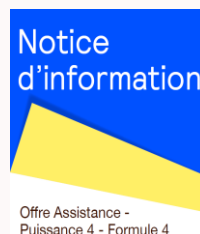
Certaines situations peuvent déstabiliser votre quotidien : **Immobilisation, hospitalisation, maladie grave, etc.**

Joignable aux coordonnées suivantes 24h/24 et 7 jours/7

Téléphone : numéro complet de France ou de l'étranger :

+ 33 1 40 25 53 74

Lors de votre appel, précisez le numéro de protocole : **922661**



LA TELECONSULTATION

Consultation à distance effectuée par un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins et protégée par le secret médical.

Joignable aux coordonnées suivantes 24h/24 et 7 jours/7 :

Téléphone : numéro complet de France ou de l'étranger :

+ 33 1 55 92 14 64

Vous et vos ayants droit bénéficiez d'une consultation médicale avec un médecin et, si nécessaire, d'une ordonnance.



L'ACTION SOCIALE

Un accompagnement social personnalisé pour faire face aux aléas de la vie.

Joignable aux coordonnées suivantes 24h/24 et 7 jours/7.

0 969 361 043

actionsociale.grandscomptes@ag2rlamondiale.fr

Bien indiquer dans l'objet de votre mail « **Demande d'aide individuelle pour un affilié ou un ayant droit** »



Le maintien des garanties

La portabilité

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 reporter à votre **Viv'pratique** et vous rapprocher de votre service **Ressources Humaines**.

Peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat Frais de Santé, à condition d'en faire la demande à VIVINTER dans les 30 jours qui suivent le départ du salarié, et moyennant le paiement intégral de la cotisation :

1. Les salariés, bénéficiaires du présent régime, radiés des listes du personnel de l'Entreprise, bénéficiant soit :

- d'une pension d'invalidité ou d'incapacité servie par la Sécurité sociale,
- d'un revenu de remplacement (allocations chômage en relais de la portabilité) s'ils sont privés d'un emploi,
- d'une pension d'assurance vieillesse versée par la Sécurité sociale.

2. Les membres de la famille de l'assuré perdant leur qualité de bénéficiaires du fait du décès de ce dernier.

3. Les salariés, dont le contrat de travail est suspendu et bénéficiant d'un congé sans solde (par exemple congé parental total, congé sabbatique, etc.),



Pour tout renseignement, veuillez contacter VIVINTER via votre espace assuré, www.vivinter.fr / Espace assuré / Messagerie / Ecrire un message via l'adresse mail dédiée :

fnacdartyaffiliations@vivinter.fr



Le maintien des garanties

Comment bénéficier du maintien des garanties ?

Pour les salariés, bénéficiaires du présent régime, radiés des listes du personnel de l'Entreprise, bénéficiant d'une **pension d'invalidité** ou d'**incapacité** servie par la Sécurité sociale, d'un **revenu de remplacement** (allocations chômage en relais de la portabilité) s'ils sont privés d'un emploi ou d'une **pension d'assurance vieillesse** servie par la Sécurité sociale :

- 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 1^{ère} année, puis elle sera augmentée de + 25% la 2^{ème} année et + 50% à partir de la 3^{ème} année.

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

Pour les **membres de la famille de l'assuré** perdant leur qualité de bénéficiaires du fait du décès de ce dernier :

- 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.

Pour les salariés, dont le **contrat de travail est suspendu** et bénéficiant d'un congé sans solde (par exemple congé parental total, congé sabbatique, etc.) :

- 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.

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

Mes contacts

Vous pouvez à tout moment nous adresser vos demandes depuis votre Espace assuré ou nous contacter par téléphone.



www.vivinter.fr
Espace Assuré/ Messagerie/ Ecrire un message



01 70 91 39 01

(du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00)

Ce document a pour objet de donner une information synthétique sur les garanties souscrites et ne peut en aucun cas engager la responsabilité de l'assureur ou du gestionnaire
SEUL LE CONTRAT FAIT FOI ENTRE LES PARTIES.

SIACI SAINT HONORE - Vivinter est une marque du Groupe DIOT-SIACI - Société de Courtage d'Assurance et de Réassurance.
Siège social : Season - 39, rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17 - France - Tél. : +33 (0)1 4420 9999. SAS
Capital : 180.357.531,20 € - RCS Paris 572 059 939 - APE 6622 Z - N° TVA : FR 54 572 059 939. N° ORIAS : 07 000 771 (orias.fr)
Sous le contrôle de / Regulated by ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09 - France.
Réclamations / Complaint : SIACI SAINT HONORE - Service réclamations - 23, allées de l'Europe - 92587 Clichy cedex - France.



Vivinter
Groupe DiotSiaci