

santé



RH

RESSOURCES HUMAINES

LIVRET DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ENSEMBLE DU PERSONNEL

ÉDITION 2023





Ce guide résume les garanties du contrat d'assurance frais de santé n° 0NT2571M souscrit 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.

Sommaire

Généralités	p. 4
La portabilité des droits en prévoyance au titre de l'ANI	p. 8
Le contrat responsable	p. 9
Le 100% santé	p. 10
Les remboursements	p. 12
Les remboursements : modalités pratiques	p. 16
Le tiers payant	p. 18
Les avantages du réseau de soins	p. 20
L'hospitalisation	p. 22
L'action sociale	p. 23
Les services Vivinter	p. 24

Généralités

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° 0NT2571M 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.

MON CONTRAT

Ce contrat couvre l'Ensemble du Personnel.

Votre contrat comprend un régime socle à adhésion obligatoire ainsi qu'une option à adhésion facultative.

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 :

- ➔ 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,
- ➔ 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.



A NOTER :

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

QUELLES SONT LES FORMALITÉS 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 (le cachet DARTY doit y être apposé), 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. La cotisation sera prélevée sur votre bulletin de salaire.

- **L’adhésion de vos ayants-droit est facultative.** la cotisation sera à votre charge et prélevée 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. Au moment de votre affiliation, vous pouvez, si vous le souhaitez, et moyennant le paiement d’un surcoût de cotisation, choisir d’adhérer au régime optionnel. Ce choix s’applique obligatoirement à tous les bénéficiaires de votre contrat Mutuelle. Nous vous remercions de bien vouloir cocher la case correspondante sur le bulletin individuel d’affiliation et de compléter le mandat SEPA. La cotisation sera à votre charge et prélevée 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 de 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."

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,
- Pour le conjoint n’exerçant aucune activité professionnelle et ne bénéficiant d’aucun revenu propre : attestation sur l’honneur de vie commune ou copie du contrat de PACS ou copie de contrat de mariage ou copie du livret de Famille.

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* (cas 1) :

- 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 plus de 18 ans poursuivant des études secondaires (cas 1) :

- 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.

* 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.

Généralités

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 âgé de moins de 26 ans (cas 2) :

- Si l'enfant est à la recherche d'un premier emploi : une notification de décision du PÔLE EMPLOI.

L'enfant en Formation d'Alternance (cas 3) :

- 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 âgé de moins de 26 ans s'il justifie de la poursuite de ses études supérieures (cas 4) :

- 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 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

1. En cas de changement de la composition familiale (mariage, naissance, divorce, décès d'un ayant droit, signature d'un PACS), vous devez prévenir 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 et informer votre service paie.
2. 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.
3. En cas de changement d'adresse ou d'organisme bancaire : vous pouvez modifier via www.vivinter.fr / Espace assuré.

Retrouvez tous les contacts sur la page Vos Contacts à la fin de ce document.



QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

Pour le salarié, les garanties prennent effet :

- ➔ 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 :

- ➔ A la date de prise d'effet des garanties pour le salarié, si leur affiliation est concomitante.
- ➔ A la date de leur demande d'affiliation, si celle-ci est postérieure à la date d'affiliation du salarié.

QUELS SONT LES MAINTIENS DE GARANTIES ?

Par ailleurs, en application de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989, dite « loi EVIN », le maintien du contrat frais de santé est proposé :

- ➔ Aux salariés, bénéficiaires du présent régime, radiés des listes du personnel de la société, 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 ou pré-retraités,
 - d'une pension d'assurance vieillesse versée par la Sécurité sociale,
- ➔ Aux membres de la famille de l'assuré perdant leur qualité de bénéficiaires du fait du décès de ce dernier.

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

Les garanties 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).
- ➔ 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.

Si cette proposition de maintien de garanties, ne vous agrée pas, les bénéficiaires d'une pension d'assurance vieillesse versée par la Sécurité sociale peuvent s'affilier à une convention d'accueil en contactant :

DIOT SIACI
Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch
75815 Paris Cedex 17

commercial.indiv@s2hgroup.com

01 44 20 49 44

La portabilité des droits en prévoyance au titre de l'ANI

QUELLE PORTABILITÉ POUR LES A.N.I. ?

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 :

“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, rapprochez-vous de votre service Paie et retrouvez en dernière page les contacts utiles du département Affiliation.



Le contrat responsable

Depuis le 1^{er} janvier 2018 et conformément aux dernières dispositions réglementaires relatives au contrat responsable, 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 (cf. tableau de garanties).

TROUVER UN PRATICIEN DPTAM

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

- 1 Rendez-vous sur la plateforme de recherche :
<http://annuaire.sante.ameli.fr/>
- 2 Sélectionnez l'objet de votre recherche :
 - un professionnel de santé ou
 - un établissement de soins
- 3 Renseignez les champs qui vous permettront d'affiner votre recherche :
 - Nom du médecin
 - Spécialité : généraliste, ophtalmologiste, gynécologue ...
 - Acte médical : chirurgie, IRM, consultation
- 4 Affinez votre recherche et sélectionnez le champ "Honoraires avec dépassements maîtrisés" pour afficher les praticiens adhérents.
- 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 médecin, un chirurgien dentiste, une infirmière

Un établissement de soins
Un hôpital, une clinique, un centre de santé

Avec l'annuaire santé d'Ameli.fr

1. Recherchez
La profession
La spécialité
Le type d'honoraires
L'équipement carte Vitale

2. Trouvez
Les coordonnées
Le détail de l'acte
Les horaires de consultation
Les données d'hospitalisation

3. Comparez
Les tarifs
Les bases de remboursement

3 Je recherche :

Un professionnel de santé
Un médecin, un chirurgien dentiste, une infirmière

Un établissement de soins
Un hôpital, une clinique, un centre de santé

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

Nom
Ex : Durand, Jean Dupont

Profession
Sélectionnez la profession ou choisissez dans la liste
Ex : Ophtalmologiste
Liste des spécialités

Acte
Sélectionnez l'acte ou choisissez dans la liste
Ex : chirurgie de la cataracte
Liste des actes

4

Type d'honoraires
Sélectionnez un des honoraires
sofframel

sofframel
Honoraires sans dépassement
Honoraires avec dépassements maîtrisés (DPTAM)
Honoraires libres
Sans convention

Carte Vitale
Ex ou non
Oui
Non

Femme/Homme
Ex masculin
F
F
Le professionnel féminin
Le professionnel masculin

Ex : Rue des Anpoles, 13706, Paris, 75, 13^e, 13^e arrondissement

Rechercher

5

Le 100% santé

EN QUOI CONSISTE LA RÉFORME « 100% SANTÉ » ?

C'est une évolution réglementaire associant la Sécurité sociale, les professionnels de santé, les réseaux de soins et les assureurs pour prendre en charge intégralement les dépenses de santé liées au soin **d'optique, dentaires et d'audiologie**.

Objectif : garantir à tous un accès aux soins, équitable, « sans reste-à-charge » et diminuer le renoncement pour des raisons financières.

Il s'agit de proposer un « panier » de **prestations de qualité remboursées à 100%** par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé.

Cette offre additionnelle figurera dans tous les contrats d'assurance complémentaire santé responsables.

La liberté de choisir des prestations en dehors de cette offre sera bien entendu conservée. Le remboursement des équipements et des soins sera effectué selon les garanties en vigueur du contrat frais de santé.

PANIER OPTIQUE 100% SANTÉ

- ➔ 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

PANIER AUDIOPROTHÈSE 100% SANTÉ

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

PANIER DENTAIRE 100% SANTÉ

- ➔ Les prothèses des paniers sont classées selon la position de la dent et le matériau choisi
- ➔ Prothèses métalliques quelle que soit la dent
- ➔ Prothèses céramo-métalliques sur les dents du sourire jusqu'à la 1^{ère} prémolaire

COURONNES CÉRAMIQUES*

Reste à charge :

- Auparavant : **195 €** en moyenne
- À partir de 2020 : **0€**
- incisives
- canines
- 1^{ères} prémolaires

Prix plafond
500 €

COURONNES MÉTALLIQUES

Reste à charge :

- Auparavant : **0 €** pour la plupart des assurés ayant un contrat de mutuelle standard
- À partir de 2020 : **0€**
- ● ● ● toutes les dents

Prix plafond
500 €



● Incisives ● Canines ● Prémolaires ● Molaires

COURONNES EN ZIRCONES*

Reste à charge :

- Auparavant : **115 €** en moyenne
- À partir de 2020 : **0€**
- incisives
- canines
- prémolaires

Prix plafond
440 €

BRIDGE CÉRAMIQUES**

Reste à charge :

- Auparavant : **650 €** en moyenne
- À partir de 2020 : **0€**
- incisives

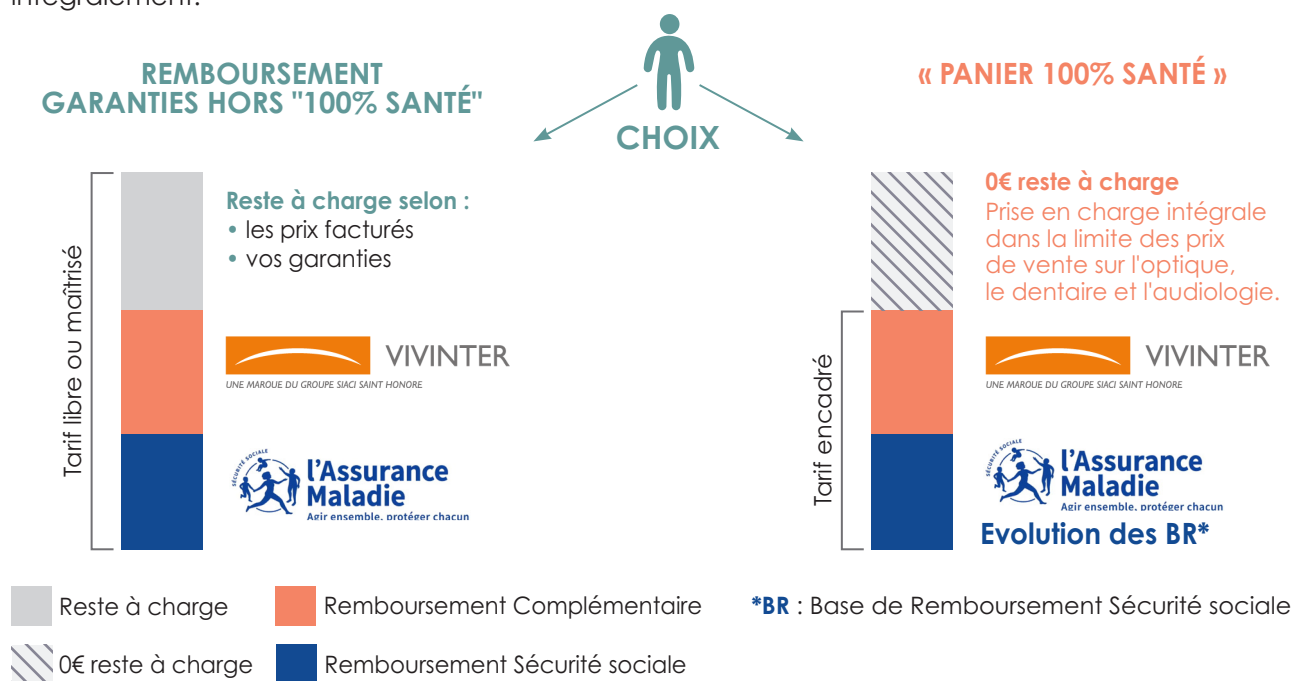
Prix plafond
1 465 €

* Couronnes céramo-métalliques ou couronnes céramiques monolithiques (hors zircone).

** Bridges couronnes céramo-métalliques

QUEL EST LE FONCTIONNEMENT ?

Si vous avez des dépenses de santé liées au soin d'optique, dentaires et d'audiologie, 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.



Les remboursements

TABLEAU DES GARANTIES

Le contrat a pour objet de rembourser, en complément des prestations servies par le régime de Sécurité sociale, tout ou partie des dépenses engagées par les assurés (les prestations ne peuvent excéder ni les frais engagés, ni les plafonds indiqués dans le tableau des garanties).

NATURE DES PRESTATIONS	DARTY 01/01/2023 Garanties Ensemble du Personnel	
	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE	RÉGIME OPTIONNEL FACULTATIF (y compris base obligatoire)
SOINS MEDICAUX COURANTS		
Médecins généralistes DPTAM	150 % BR	230 % BR
Médecins généralistes HORS DPTAM	100 % BR + TM	100 % BR + TM
Médecins spécialistes DPTAM	150 % BR	230 % BR
Médecins spécialistes HORS DPTAM	100 % BR + TM	100 % BR + TM
Actes techniques médicaux (nomenclature CCAM) - Acte de chirurgie (ADC) DPTAM	150 % BR	230 % BR
Actes techniques médicaux (nomenclature CCAM) - Acte de chirurgie (ADC) HORS DPTAM	100 % BR + TM	100 % BR + TM
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) DPTAM	120 % BR + TM	120 % BR + TM
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) HORS DPTAM	100 % BR + TM	100 % BR + TM
Analyses	60 % BR	60 % BR
Auxiliaires médicaux (y compris soins infirmiers)	80 % BR	80 % BR
TRANSPORT		
Transport accepté par la Sécurité sociale	60 % BR	60 % BR
HOSPITALISATION médicale et chirurgicale		
Frais de séjour Conventionnés	110 % BR	110 % BR
Frais de séjour Non Conventionnés	100 % TM	100 % TM
Actes médicaux, de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA) Conventionnés - DPTAM	120 % BR + TM	120 % BR + TM
Actes médicaux, de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA) Conventionnés - HORS DPTAM	100 % BR + TM	100 % BR + TM
Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA) Non Conventionnés	100 % TM	100 % TM
Forfait hospitalier (dans la limite du forfait en vigueur)	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (par jour) - limité aux frais réellement engagés	80 €	80 €
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 14 ans, ou de moins de 21 ans pour un enfant handicapé)	2 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour
PHARMACIE		
Prise en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM
Vaccins non remboursés - par an et par bénéficiaire	40 €	40 €
Pillules contraceptives prescrites non remboursées - par an et par bénéficiaire	40 €	40 €
Médicaments homéopathiques non remboursés - par an et par bénéficiaire	40 €	40 €
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% SANTE ¹	HLF - SS	HLF - SS
Soins dentaires Conventionné *	80 % BR	230 % BR
Soins dentaires Non Conventionné	100 % TM	230 % BR
Prothèse dentaire prise en charge par la Sécurité sociale	450 % BR	530 % BR
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	150 % BR	300 % BR
Implant (dans la limite de 3 implants/an/bénéficiaire)	409 € / implant	570 € / implant

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

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.

NATURE DES PRESTATIONS	DARTY 01/01/2023 Garanties Ensemble du Personnel	
	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE	RÉGIME OPTIONNEL FACULTATIF (y compris base obligatoire)
	(en complément des prestations de la Sécurité sociale sauf mention contraire)	
OPTIQUE ²		
Equiperment 100% SANTE (y compris SS) ³	PLV - SS	PLV - SS
Equiperment autre que 100% SANTE	cf Grille optique	cf Grille optique
AUTRES PROTHÈSES		
Prothèses médicales, Orthopédie, Petit et Grand Appareillage	300 % BR	300 % BR
Prothèses auditives ⁴ (par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance dans la limite des PLV)		
Equiperment 100% SANTE	PLV - SS	PLV - SS
Prothèse auditive à tarif libre pour les 21 ans et plus (dans la limite de 1 700€ y/c RSS)	300 % BR	300 % BR
Prothèse auditive à tarif libre pour les moins de 21 ans (dans la limite de 1 700€ y/c RSS)	300 % BR	300 % BR
Accessoires, entretien et piles remboursés par la Ss	100 % TM	100 % TM
CURE THERMALE acceptée par la Sécurité sociale		
Frais de traitement et honoraires / Frais de voyage et hébergement	20% PMSS par an par bénéficiaire	20% PMSS par an par bénéficiaire
MÉDECINES ALTERNATIVES ET ACTES DE PRÉVENTION		
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, hypnothérapeute, diététicien, nutritionniste, psychologue.	120 € par an et par bénéficiaire	120 € par an et par bénéficiaire
MATERNITÉ / ADOPTION		
Chambre particulière - limité aux frais réellement engagés	80 € par jour	80 € par jour
Honoraires médicaux - DPTAM	120 % BR + TM	120 % BR + TM
Honoraires médicaux - HORS DPTAM	100 % BR + TM	100 % BR + TM
Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale (une fois par an)	100 % FR dans la limite d'un forfait de 228,67 € par an / bénéficiaire	100 % FR dans la limite d'un forfait de 228,67 € par an / bénéficiaire
Fécondation In Vitro non prise en charge par la Sécurité sociale (une fois par an et sur présentation du refus de prise en charge)	100 % FR dans la limite d'un forfait de 228,67 € par an bénéficiaire	100 % FR dans la limite d'un forfait de 228,67 € par an bénéficiaire
ACTES DE PRÉVENTION		
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum	100 % TM	100 % TM
Vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge	100 % TM	100 % TM

HLF : Honoraires Limites de Facturation BR : Base de Remboursement Sécurité sociale RSS : Remboursement Sécurité Sociale
 BRR : Base de Remboursement Sécurité sociale reconstituée RSSR : Remboursement Sécurité Sociale reconstitué FR : Frais Réels
 TM : Ticket Modérateur TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité PLV : Prix limite de vente
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (au 1er janvier 2023 : 3 666€) PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (au 1er janvier 2023 : 43 992€)

¹ date d'entrée en vigueur des dispositifs relatifs au 100% Santé, définis dans l'article L. 162-9 et L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale

² le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

³ date d'entrée en vigueur des dispositifs relatifs au 100% Santé, définis dans l'article L. 165-1 à L.165-3 du code de la Sécurité sociale, qui comprend en optique des verres, monture et la prestation d'appareillage pour les verres d'indices de réfraction différents et supplément applicable pour les verres avec filtre.

⁴ Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Les remboursements

LEXIQUE DENTAIRE

1. SOINS DENTAIRE CONVENTIONNÉ 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

GRILLE OPTIQUE*

Classe	Valeur de la sphère	Tout Opticien - Offre "Panier 100% Santé"	Opticien du réseau Santéclair	Opticien hors réseau Santéclair RSS inclus
ADULTE 16 ANS ET +	Verre unifocal			
	101	entre -4 à +4 et cylindre ≤ 2	100% Frais Réels (0€ reste à charge sur une sélection de verres)	70 €
	102	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		100 €
	103	de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 de -8 à 0 et cylindre $\geq 4,25$ de 0 à +8 et S+C > 6		125 €
	104	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre		125 €
	Verre multifocal			
	105	entre -4 à +4 et cylindre de 0 à 2	100% Frais Réels (0€ reste à charge sur une sélection de verres)	170 €
	106	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		220 €
	107	de -8 à 0 et cylindre $\geq 4,25$ de 0 à +8 et S+C > 8		230 €
	108	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre		230 €
Monture Adulte		100% Frais Réels (0€ de reste à charge sur une sélection de montures)	100 €	
ENFANT - 16 ANS	Verre unifocal			
	201	de 0 à 4 et cylindre ≤ 2	100% Frais Réels (0€ reste à charge sur une sélection de verres)	60 €
	202	de -6 à -4,25 et cylindre ≤ 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		90 €
	203	de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 de -8 à 0 et cylindre $\geq 4,25$ de 0 à +8 et S+C > 6		110 €
	204	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre		230 €
	Verre multifocal			
204	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)	230 €
Monture Enfant		100% Frais Réels (0€ de reste à charge sur une sélection de montures)	100 €	
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire		268 € par an (y compris les produits d'entretien)**		
Chirurgie réfractive par œil		Myopie, astigmatisme, hypermétropie adulte : 1000€		

* Dans la limite des plafonds 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.

** Au-delà du forfait, 100% TM pour lentilles remboursées par la Sécurité sociale.

LIMITE 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.

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.

Les remboursements : modalités pratiques

LES ACTES NECESSITANT L'ENVOI DE PIÈCES 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 MÉDICALE 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.

NB : tous ces justificatifs peuvent être transmis directement via l'« Espace assuré » sur www.vivinter.fr

FRAIS D'ORTHODONTIE (acceptée ou refusée par la Sécurité sociale)

- ➔ en cas d'orthodontie acceptée :
 - pas de justificatif supplémentaire,

SOINS EXÉCUTÉS EN TIERS PAYANT SÉCURITÉ SOCIALE

- 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.

MEDECINES ALTERNATIVES ET ACTES DE PREVENTION

- la facture détaillée mentionnant le nom du bénéficiaire, la date des soins, le montant payé et les coordonnées du praticien.

**A SAVOIR**

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

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

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

Ce guide n'est qu'un résumé des principales conditions du contrat.

Il ne peut en aucun cas engager la responsabilité de l'assureur ou du gestionnaire. Seul le contrat fait foi entre les parties.

Le Tiers payant

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, sages-femmes),
- soins externes : consultations et examens en centre médical (hors prothèses dentaires), clinique ou hôpital,
- transport (taxis et ambulances),
- optique (auprès des partenaires SANTÉCLAIR ou hors réseau auprès des partenaires Almerlys),
- prothèse dentaire et audioprothèse (auprès des partenaires SANTÉCLAIR ou hors réseau auprès de Vivinter*),
- soins dentaires,
- fournisseurs de dispositifs médicaux, petits appareillages,
- cure thermale*

* prise en charge à effectuer auprès de Vivinter.



CONSEIL

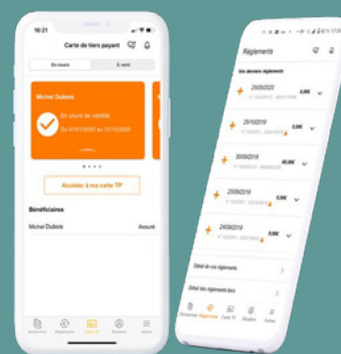
Privilégiez le tiers payant total (Sécurité sociale + part complémentaire); ainsi vous n'aurez aucune somme à avancer (sauf dépassements d'honoraires éventuels) ni aucun justificatif à produire.



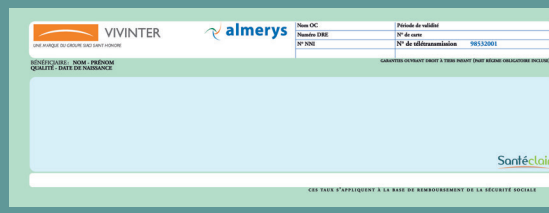
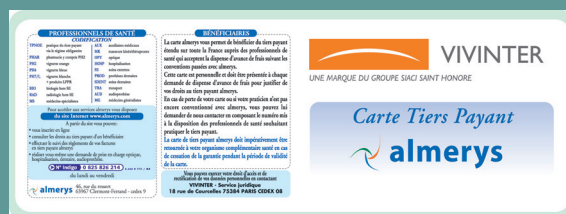
SIMPLE ET PRATIQUE : imprimez votre carte de tiers payant

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



Pour les conjoints exerçant une activité professionnelle ou 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 auto-matique des décomptes Sécurité sociale à VIVINTER pour leurs soins :

- Demander à la CPAM d'activer la télé-transmission 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 à l'adresse fnacdartyaffiliations@vivinter.fr ou 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 à l'adresse fnacdartyaffiliations@vivinter.fr ou via la messagerie de votre espace assuré.



A NOTER

Dans ce cas, le salarié et le conjoint exerçant une activité professionnelle ou 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.

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 générera une demande de remboursement des frais réglés

Les avantages du réseau de soins



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

Ces spécialistes sont soumis à une grille de quarante critères de sélection qui instaurent les conditions d'adhésion au réseau, par exemple : le niveau de formation, l'accessibilité, les prix préférentiels etc. Des contrôles réguliers sont effectués de manière aléatoires afin de vérifier la qualité des prestations. Un appel d'offres est effectué tous les 5 ans. En complément un appel d'offres "intermédiaire" peut être effectué pour compléter l'offre en cas de pénurie dans certains domaines.

UN RÉSEAU DE 3 050 OPTICIENS VOUS GARANTISSANT :

➔ Des réductions tarifaires privilégiées :

- Des verres de grandes marques alliant qualité et technologie grâce à nos verriers partenaires 'Essilor, Nikon, Zeiss Optiwiss.
- Un certificat d'authenticité de vos verres.



- Des tarifs négociés sur les verres de 4 grandes marques auprès des opticiens partenaires.
- **Jusqu'à -20%** de remise sur les montures(1) et des tarifs plafonnés sur les lentilles.
- **15% de remise** sur tous les autres produits : solaires même de grandes marques(2), produits lentilles, accessoires, équipements basse vision.
- Tiers payant(3).

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

➔ La sécurité de vos achats :

- la garantie casse de vos lunettes (verres et montures) sans franchise pendant 2 ans,
- un engagement sur des offres de 2^{ème} paire de qualité à prix négociés,
- la garantie "satisfait ou échangé" valable 3 mois.

UN RÉSEAU DE 60 CENTRES DE CHIRURGIE RÉFRACTIVE VOUS GARANTISSANT :

➔ Des réductions tarifaires :

en moyenne 30% inférieurs aux prix du marché.

➔ Des tarifs négociés

selon chaque technique opératoire, centre par centre.

➔ Le prix de la consultation préopératoire négocié

entre 60 et 100 € selon les centres.

➔ La dispense d'avance de frais (tiers payant) y compris dans les hôpitaux publics.

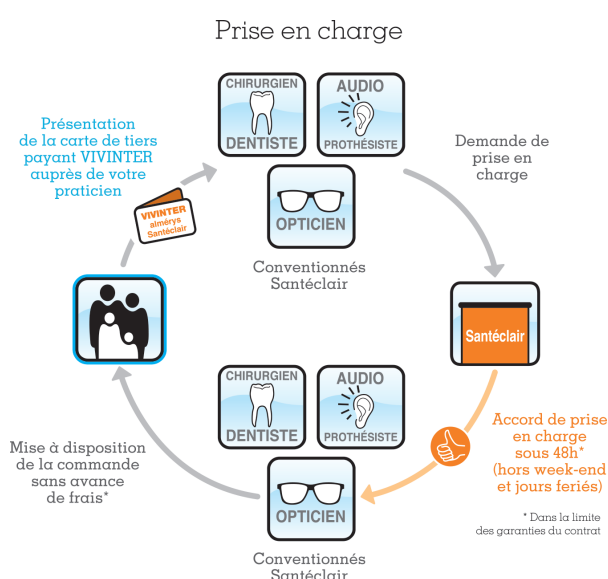
(1) Montures du panier libre supérieures à 30 € et allant jusqu'à 100 € : remise de 10% effectuée sur le prix affiché. Montures du panier libre supérieures à 100 € : remise de 20% effectuée sur le prix affiché.

(2) Sans correction, sauf conditions particulières en magasin.

(3) En fonction des garanties prévues par votre contrat de complémentaire santé.

COMMENT GÉOLOCALISER NOS PARTENAIRES ET BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT OPTIQUE SANTÉCLAIR ?

- ➔ Consultez les coordonnées des partenaires SANTÉCLAIR 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 SANTÉCLAIR de votre choix, muni de votre carte de tiers payant Alмеры et demandez à bénéficier des tarifs et avantages du réseau SANTÉCLAIR. Votre praticien effectuera les démarches nécessaires à l'obtention de l'accord de prise en charge auprès de SANTÉCLAIR. En cas de reste à charge, vous l'acquitterez directement.



ATTENTION

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 Alмеры VIVINTER.

SERVICE D'ANALYSE DE DEVIS EN OPTIQUE

Si vous souhaitez consulter un praticien qui n'appartient pas au réseau SANTÉCLAIR, vous bénéficiez du service d'analyse de devis auprès de notre partenaire SANTÉCLAIR.

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 SANTÉCLAIR :

- ➔ par e-mail : devis@santeclair.fr ou via le formulaire sur www.santeclair.fr / espace assuré,
- ➔ par courrier : **SANTÉCLAIR - 7 mail Pablo Picasso, 44 000 NANTES,**
- ➔ par fax au **01.47.61.21.04,**

en précisant votre numéro de téléphone pour vous joindre.

Un conseiller SANTÉCLAIR réalise l'analyse technique, tarifaire et estime le montant de votre remboursement sous 72 heures.

L'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 nous 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.



CONSEIL

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 1^{er} avril 2022, les échanges entre les hôpitaux et les complémentaires seront dématérialisés et standardisés afin de vous faciliter l'accès aux soins. Ainsi, vous n'aurez plus de démarche de prise en charge à effectuer lors d'une hospitalisation au sein d'un établissement conventionné. L'établissement sera 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



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.**

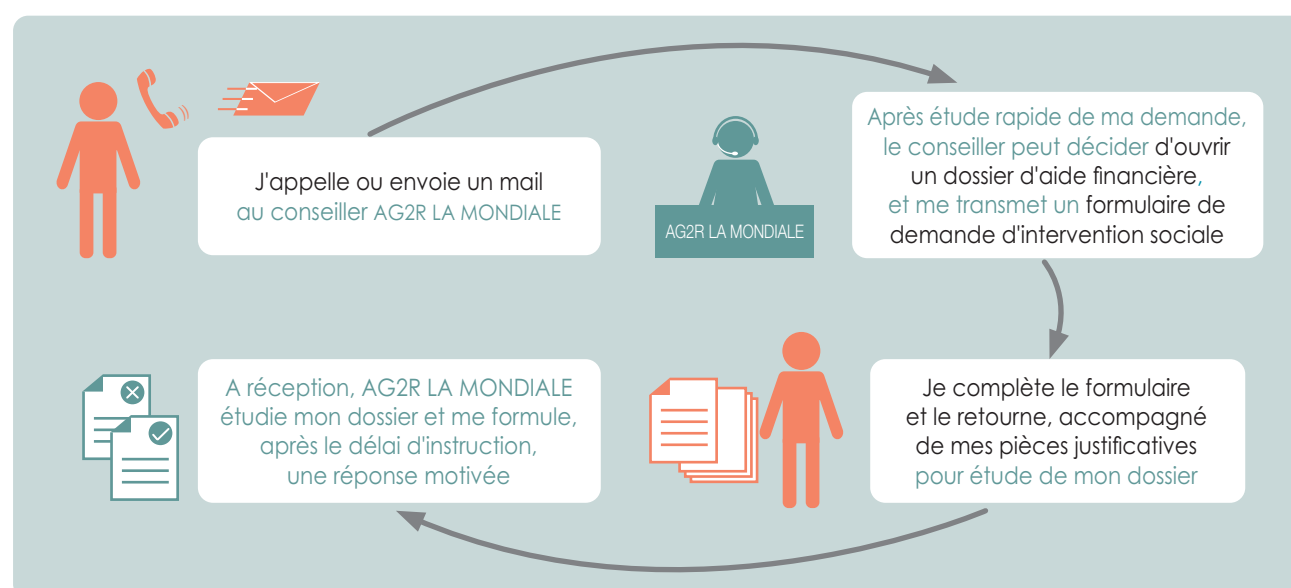
Les éléments constitutifs du dossier sont les suivants :

- 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...).

Après examen de votre dossier, la commission nationale paritaire pourra éventuellement accorder un soutien financier.

Les assurés Darty 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).

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

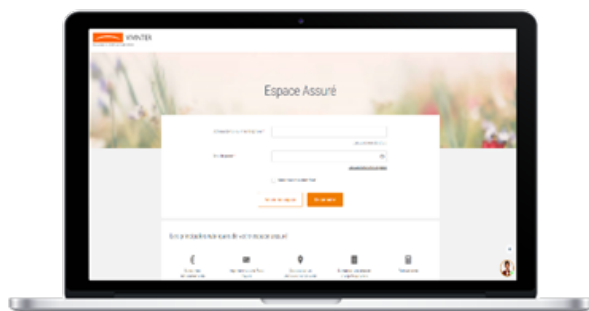


Votre contact pour l'action sociale : 09 69 361 043

Les services Vivinter

GÉRER MA SANTÉ EN QUELQUES CLICS !

Sur votre Espace Assuré sur www.vivinter.fr, vous pouvez vous connecter 24h/24 pour effectuer l'ensemble de vos démarches et demandes 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 ;
- ➔ Accéder à vos livrets de garanties
- ➔ 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 OBTENIR VOTRE IDENTIFIANT ET VOTRE MOT DE PASSE ?

Connectez-vous sur WWW.VIVINTER.FR / EPACE 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.

La connexion au site est sécurisée et garantit la confidentialité des informations et des opérations réalisées.

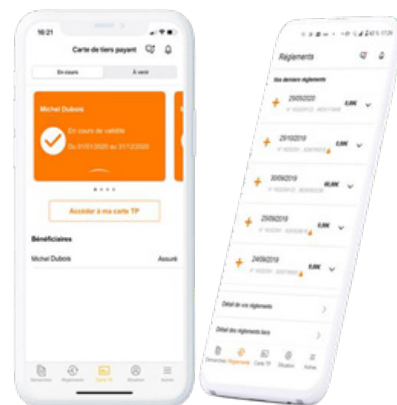


L'APPLICATION MOBILE VIVINTER

Téléchargez votre application mobile VIVINTER sur votre téléphone et profitez de nombreux services pour :

- ➔ Effectuer des demandes de remboursement
- ➔ Demander un devis
- ➔ Localiser un professionnel de santé
- ➔ Télécharger sa carte de tiers payant ainsi que celle de ses bénéficiaires
- ➔ Envoyer un message à son gestionnaire. Et bien plus encore.

Gratuite et disponible sur iPhone et Android, connectez-vous à l'application avec vos identifiants VIVINTER.



LES SERVICES EN LIGNE INNOV'SANTÉ

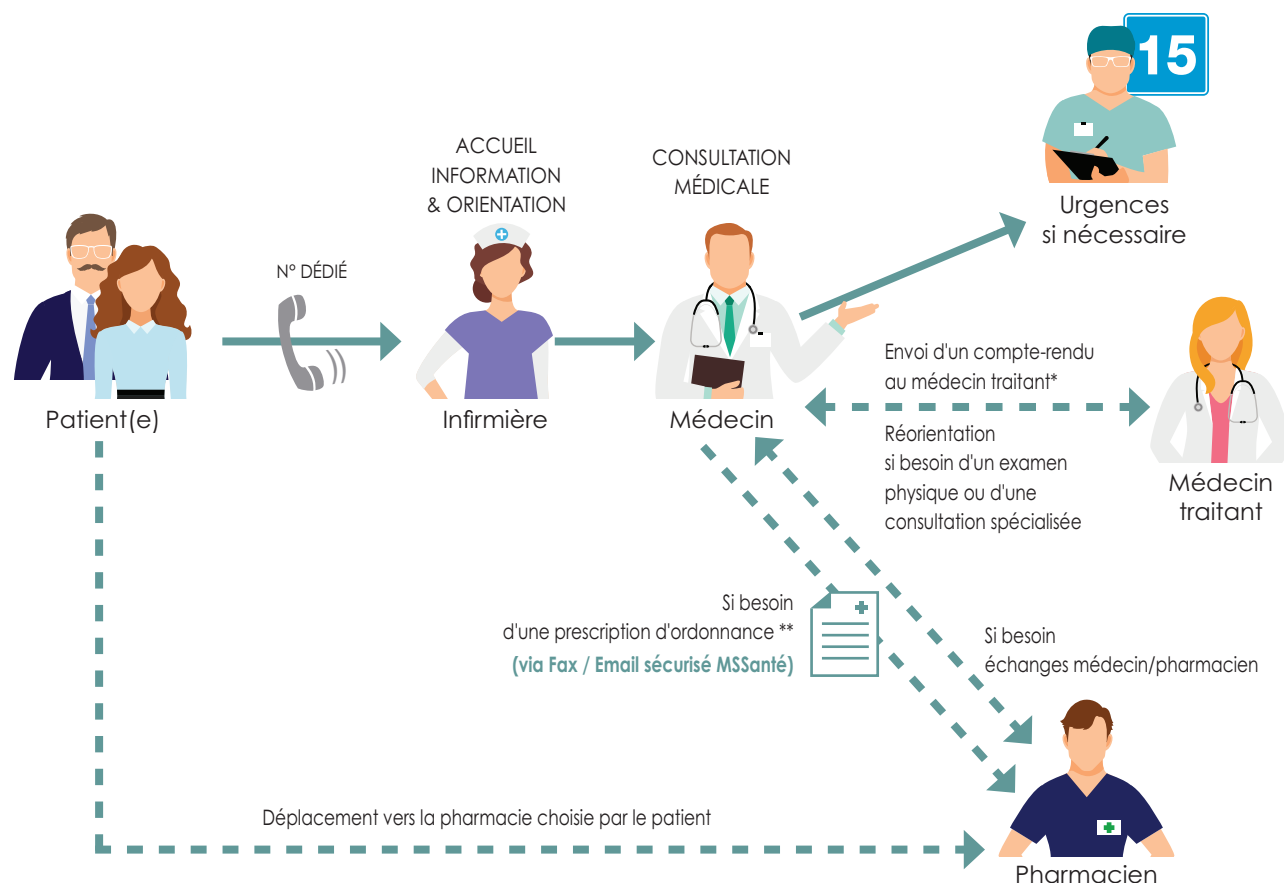
Découvrez les services et les outils personnalisés de prévention pour protéger votre capital santé : bilan nutritionnel en ligne et sur-mesure réalisé en partenariat avec **LeDietmed** ; conseils et informations santé.

LA TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

La téléconsultation est un service disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
Des professionnels de la santé vous répondent au **(+33) 1 55 92 14 64**.

Ils évaluent à distance vos symptômes et leurs niveaux de gravité pour vous diriger vers le spécialiste adéquat (urgences / médecin traitant / pharmacie).

Afin d'assurer un suivi, un compte-rendu est envoyé à votre médecin traitant après toute téléconsultation.



* Avec accord du patient

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

Vos contacts

COMMENT CONTACTER VIVINTER ?

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

PRIVILEGIEZ VOTRE ESPACE ASSURE



www.vivinter.fr
> Espace assuré
> Rubrique "Messagerie"

OU L'APPLICATION MOBILE



Application VIVINTER
Disponible gratuitement sur App 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 ÉQUIPES VIVINTER À VOTRE ÉCOUTE

➔ 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**

POUR TROUVER UN PRACTICIEN SANTÉCLAIR RENDEZ-VOUS SUR :

www.vivinter.fr Espace assuré / Démarche Service Santéclair / My Santéclair

COMMENT SOLLICITER SANTÉCLAIR ?

➔ analyse de devis, géolocalisation ou question sur SANTÉCLAIR

devis@santeclair.fr
01 70 91 39 49 (tél)

COMMENT CONTACTER L'ACTION SOCIALE ?

➔ Numéro unique

0 969 361 043 (tél)



Retrouvez **toutes les informations** sur votre portail **http://rse.intranet.darty.fr** et votre **espace Vivinter**. Pour toute question sur vos

frais de santé, vous pouvez contacter **Vivinter**, et pour les cotisations et affiliations, rapprochez-vous de votre **Gestionnaire paie**.

Pour toute question sur **l'action sociale**, vous pouvez contacter **AG2R La Mondiale, Vivinter**, ou votre **Gestionnaire paie**.