VIVINTER

UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE

Janvier 2018

Résumé des garanties Frais de Santé

Ensemble du Personnel

DARTY

www.vivinter.fr

Ce guide résume les garanties du contrat d'assurance frais de santé n° 0KQ3825M souscrit auprès de l'AG2R La Mondiale avec le conseil de SIACI SAINT HONORE - 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 PARIS CEDEX 17 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 que nous vous proposons. 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 souscrit par votre entreprise respecte les dispositions du décret n°2005-1226 du 29/09/2005 relatives aux contrats responsables.

Comment fonctionne mon contrat ?

BENEFICIAIRES DU CONTRAT

Le contrat vous couvre en tant que salarié ainsi que vos ayants droit :

- le conjoint, à défaut le partenaire de Pacs ou à défaut le concubin,
- les enfants et ceux du conjoint, à défaut le partenaire de Pacs, ou à défaut le concubin :
  - non mariés,
  - les enfants mineurs à charge au sens de la sécurité sociale,
  - les enfants majeurs poursuivants 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.

FORMALITÉS D'AFFILIATION

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 remettrez au service Ressources Humaines, accompagné des pièces justificatives figurant au verso de ce même bulletin et de l'attestation de droit Sécurité sociale ainsi que celle de vos ayants droit, s'ils ont leur prope numéro de sécurité sociale et d'un Rib ou RICE.

Au moment de votre inscription au contrat Frais de Santé, vous devez choisir d'adhérer au régime de base ou au régime de base + option facultative ainsi que les éventuels ayants droit (conjoint et ou enfant).

Votre régime Frais de santé comporte :

- **un régime de base (adhésion obligatoire)**
- **une option facultative**

Comment changer de régime ?

Vous pouvez opter au 1er janvier de chaque année pour la formule supérieure ou inférieure à condition d'en avoir fait la demande avant le 1er octobre de l'exercice précédent. Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années civiles complètes d'adhésion à l'une des formules de garantie. Toutefois, en cas de changement de situation de famille (mariage, concubinage, avec signature d'un pacte civile de solidarité ou non, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, décès du concubin,…), vous avez la possibilité de changer de niveau sans délai ni préavis pour des garanties inférieures ou supérieures dans ce cas, le changement d'option s'effectue le mois suivant la demande.
Tout changement de formule concernera l'ensemble des bénéficiaires.

A défaut de choix exprimé par le participant au moment de son affiliation, la «FORMULE DE BASE» est retenue.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR :

A Noter : Si le nom est différent de celui du salarié : Photocopie du livret de famille régulièrement tenu à jour,

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,
- Attestation sur l'honneur de vie commune ou copie du contrat de Pacs.

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 (cas 1) :

- 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 26 ans (cas 2) :

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

L'enfant handicapé sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 26ème anniversaire :

- 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

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

Pour une demande de radiation d'un ayant-droit, vous devez prévenir votre service Ressources Humaines par courrier ou tout autre moyen. La date de prise d'effet sera le 1er jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'affiliation.

En cas de changement d'adresse ou d'organisme bancaire, vous devez prévenir VIVINTER par courrier ou tout autre moyen et envoyer un RIB ou RICE à :

affiliations@vivinter.fr
VIVINTER - Département affiliations
TSA 70004
93414 SAINT DENIS Cedex
Tél. : 01 70 91 39 05 - www.vivinter.fr

DEBUT DES 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 votre 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.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour le salarié et ses ayants droit :

- A la date de son départ de l'entreprise (sauf en cas de portabilité des droits - cf article suivant).
- En cas de suspension de son 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 son départ en retraite.
- 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.

LA PORTABILITE DES DROITS AU TITRE DE L'A.N.I.

Les anciens salariés remplissant les conditions prévues par l'article L. 911-8 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 : Vous pouvez vous rapprocher de votre service Ressources Humaines.

MAINTIEN DES GARANTIES

Par ailleurs, pour application de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989, l'affiliation à une convention d'accueil est proposée :

- 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.

Pour plus de renseignement, nous vous invitons à contacter : VIVINTER - Département des cotisations isolées
TSA 70004
93414 SAINT DENIS Cedex
cotisations-isolees@vivinter.fr / 01 70 91 39 01

En outre, l'affiliation à une convention d'accueil leur est également proposée *(uniquement pour les bénéficaires d'une pension d'assurance vieillesse versée par la Sécurité sociale)* en contactant : SIACI SAINT HONORE
Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch
75815 PARISCEDEX 17
commercial.indiv@s2hgroup.com / 01 44 20 49 44

VIVINTER
UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE

Comment suis-je remboursé ?

TABLEAU DES GARANTIES AU 01/01/2018

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 Garanties Ensemble du Personnel	
	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE	RÉGIME OPTIONNEL FACULTATIF (y compris base obligatoire)
	(en complément des prestations de la Sécurité sociale)	
SOINS MEDICAUX COURANTS		
Médecins généralistes OPTAM	150 % BR	230 % BR
Médecins généralistes HORS OPTAM	100 % BR + TM	100% BR + TM
Médecins spécialistes OPTAM	150 % BR	230 % BR
Médecins spécialistes HORS OPTAM	100 % BR + TM	100 % BR + TM
Actes techniques médicaux (nomenclature CCAM) - Acte de chirurgie (ADC) OPTAM	150 % BR	230 % BR
Actes techniques médicaux (nomenclature CCAM) - Acte de chirurgie (ADC) HORS OPTAM	100 % BR + TM	100 % BR + TM
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) OPTAM	120 % BR + TM	120 % BR + TM
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) HORS OPTAM	100 % BR + TM	100 % BR + TM
Analyses	60 % BR	60 % BR
Auxiliaires médicaux (y compris soins infirmiers)	80 % BR	80 % BR
TRANSPORT		
Accepté par la Sécurité sociale	60 % BR	60 % BR
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE		
Frais de sejour conventionnés	110 % BR	110 % BR
Frais de séjour Non Conventionnés	100 % TM	100 % TM
Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA) Conventionnés -OPTAM	120 % BR + TM	120 % BR + TM
Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA) Conventionnés - Hors OPTAM	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'accompagnement (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 bénéficiare	40 €	40 €
Pillules contraceptive prescripte non remboursée - par an et par bénéficiare	40 €	40 €
Médicaments homéopathiques non remboursés - par an et par bénéfiaire	40 €	40 €
DENTAIRE		
Soins dentaire Conventionné	80 % BR	230 % BR
Soins dentaire non Conventionné	100 TM	230 % BR
Prothèse dentaire prise en charge par le Sécurité sociale	450 % BR	530 % BR
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	150 % BR	300 % BR
Implant (dans la limite de3 implants/an/bénéficiaire)	409 € / implant	570 € / implant
OPTIQUE		
	Grille optique	Grille optique

NATURE DES PRESTATIONS	DARTY Garanties Ensemble du Personnel	
	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE	RÉGIME OPTIONNEL FACULTATIF (y compris base obligatoire)
	(en complément des prestations de la Sécurité sociale)	
AUTRES PROTHÈSES		
Prothèse médicales, Orthopédie, Petit Appareillage	300 % BR	300 % BR
Prothèse auditives	300 % BR	300 % BR
CURES THERMALE ACCEPTÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Frais de traitement et honoraires / Frais de voyage et hébergement	20 % PMSS par an et par bénéficiare	20 % PMSS par an et par bénéficiare
MEDECINES ALTERNATIVES ET ACTES DE PREVENTION		
Ostéopathie,chiropractie, acupuncture	120 € par an et par bénéficiaire	120 € par an et par bénéficiaire
MATERNITE / ADOPTION		
Chambre particulière - limité aux frais réellement engagés	80 € par jour	80 € par jour
Honoraires médicaux - OPTAM	120 % BR + TM	120 % BR + TM
Honoraires médicaux - HORS OPTAM	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 et par 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 et par 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

BR : Base de Remboursement Sécurité sociale - **FR** : Frais Réels - **TM** : Ticket Modérateur - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (au 1er janvier 2018 : 3 311€)

GRILLE OPTIQUE

	Classe	Puissance	Garantie par verre DANS LE RESEAU	Garantie par verre HORS RESEAU
ADULTES	VERRE UNIFOCAL OU MI-DISTANCE			
	101	de 0 à 4 et cylindre ≤ 2	100% Frais Réels	70 €
	102	de 0 à 4 et cylindre > 2 & de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2		100 €
	103	de 4,25 à 6 et cylindre > 2 & de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2		125 €
	104	de 6,25 à 8 et cylindre > 2 & ≥ à 8,25 q.q.s. le cylindre		125 €
	VERRE MULTIFOCAL			
	111	de 0 à 4 et cylindre ≤ 2	100% Frais Réels	170 €
	112	de 0 à 4 et cylindre > 2 & de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2		220 €
	113	de 4,25 à 6 et cylindre > 2 & de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2		230 €
	114	de 6,25 à 8 et cylindre > 2 & ≥ à 8,25 q.q.s. le cylindre		230 €
	Monture Adulte			140 €
ENFANTS	VERRE UNIFOCAL			
	201	de 0 à 4 et cylindre ≤ 2	100% Frais Réels	60 €
	202	de 0 à 4 et cylindre > 2 & de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2		90 €
	203	de 4,25 à 6 et cylindre > 2 & de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2		110 €
	204	de 6,25 à 8 et cylindre > 2 & ≥ à 8,25 q.q.s. le cylindre		230 €
	VERRE MULTIFOCAL			
	204	Classe 1 à 4	100% Frais Réels	230 €
	Monture Enfant			100 €

Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	268 € par an (y compris les produits d'entretien) *
Chirurgie réfractive par œil	myopie, astigmatisme, hypermétropie pour les adultes : 500€

LIMITE DE CONSOMMATION :
1 équipement tous les 2 ans pour les adultes (ramené à 1 an en cas de changement du défaut de vision) et 1 équipement par an pour les enfants.
Options non incluses : teinte solaire et photochromisme (verre qui teinte au soleil)

* *puis Ticket Modérateur*

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

CLASSES DES DEFAUTS VISUELS

Défaut Visuel	Puissance	Classes Unifocales		Classes multifocales	
		Adultes	enfants	Adultes	enfants
Petite myopie ou petite hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	de 0 à 4 dioptries et cylindre ≤ 2	101 classe 1	201 classe 1	111 classe 5	204 classe 4
Petite myopie ou petite hypermétropie avec fort astigmatisme Moyenne myopie ou moyenne hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	de 0 à 4 dioptries et cylindre > 2 et 4,25 à 6 dioptries et cylindre ≤ 2	102 classe 2	202 classe 2	112 classe 6	
Moyenne myopie ou hypermétropie avec fort astigmatisme Forte myopie ou forte hypermétropie avec ou sans léger astignatisme	4,25 à 6 dioptries et cylindre > 2 et de 6,25 à 8 dioptries et cylindre ≤ 2	103 classe 3	203 classe 3	113 classe 7	
Forte myopie ou forte hypermétropie avec fort astigmatisme Très forte myopie ou hypermétropie sans ou avec astigmatisme quel que soit son degré de gravité	de 6,25 à 8 dioptries et cylindre > 2 et ≥ à 8,25 dioptries, quel que soit le cylindre	104 classe 4	204 classe 4	114 classe 8	

LEXIQUE DENTAIRE

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

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

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.

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.

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.

LES ACTES NECESSITANT L'ENVOI DE PIECES JUSTIFICATIVES A 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 1er remboursement : la facture détaillée et la copie de l'ordonnance**
- pour les remboursements suivants : la facture permettra d'être remboursée 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.

- 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 par depuis votre Espace assuré, formulaire contact.

Frais d'orthodontie (acceptée ou refusée par la Sécurité sociale)

- en cas d'orthodontie acceptée : pas de justificatif supplémentaire,
- en cas d'orthodontie refusée : la facture détaillée précisant le montant, la nature du traitement, les dates de début et fin de traitement.

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.

Frais de soins, de prothèses et implants dentaires

- le devis conventionnel remis par votre chirurgien-dentiste si vous ne nous avez pas fait de demande d'estimation de votre remboursement avant la réalisation des actes,

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

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie

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

À 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 télétransmission) et des justificatifs nécessaires seront adressés à :

VIVINTER - Département Frais de santé
TSA 70004
93414 SAINT DENIS Cedex

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.

Quels sont les avantages du tiers payant ?

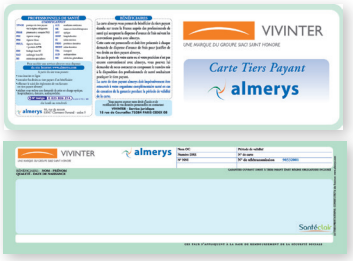
TIERS PAYANT GENERALISE

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 almerys),
- 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.*

Simple et pratique : imprimez votre carte de tiers payant



Rendez-vous sur **www.vivinter.fr / Espace assuré / Votre tiers payant** pour imprimer votre (vos) carte(s) de tiers payant à tout moment.

Pour bénéficier du tiers payant, vous devez présenter votre carte almerys au professionnel de santé en même temps que votre carte Vitale. Ce dernier nous enverra ensuite la facture de la part complémentaire.

Pour le bon fonctionnement du tiers payant, il vous incombe de signaler à votre pharmacien ou autre professionnel de santé habituel tout changement vous concernant.

Conseil

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

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 VIVINTER (TSA 70004 - 93414 SAINT DENIS Cedex). Toute utilisation après la fin de vos droits génèrera une demande de remboursement des frais réglés.

LES AVANTAGES DU RÉSEAU SANTECLAIR

Santéclair

Un réseau de 3 050 opticiens vous garantissant :

- Des **réductions tarifaires** privilégiées :
  - - 40 % par rapport au prix moyen du marché sur l'intégralité des gammes de verres et traitement proposés par 3 verriers (Carl Zeiss vision, Essilor et Seiko Optical),
  - - 15% sur le prix de votre monture et les autres produits du magasin
  - des tarifs négociés sur les lentilles.
- 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 2ème 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.

Un réseau de 3 000 chirurgiens-dentistes et orthodontistes vous garantissant :

- Des **tarifs privilégiés sur :**
  - des actes de prévention (parodontologie) et des actes esthétiques,
  - des tarifs négociés de 15% à 20% les prothèses dentaires et l'orthodontie,
- La **dispense d'avance de frais** (tiers payant) dans la limite des garanties prévues par votre contrat.

Un réseau d'implantologues dentaires vous garantissant :

- Un **réseau de qualité** (contrôlé par l'équipe dentaire Santéclair : traçabilité, marque d'implants…).
- Des **tarifs préférentiels** 50% inférieurs aux prix constatés sur le marché pour des techniques de pointe.

Un réseau de 315 partenaires (ostéopathes dont 55 chiropracteurs) vous garantissant :

- Un tarif négocié de la séance (10 à 15 % inférieurs au prix moyen du marché)

Un réseau de 700 audioprothésistes vous garantissant :

- Des **réductions tarifaires** privilégiées :
  - 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).
- Des **services personnalisés :**
  - au moins 1 mois d'essai de la prothèse en situation de vie courante,
  - visite de contrôle pour un bilan complet au moins 1 fois par an.
- La **dispense d'avance de frais** (tiers payant) dans la limite des garanties prévues par votre contrat.

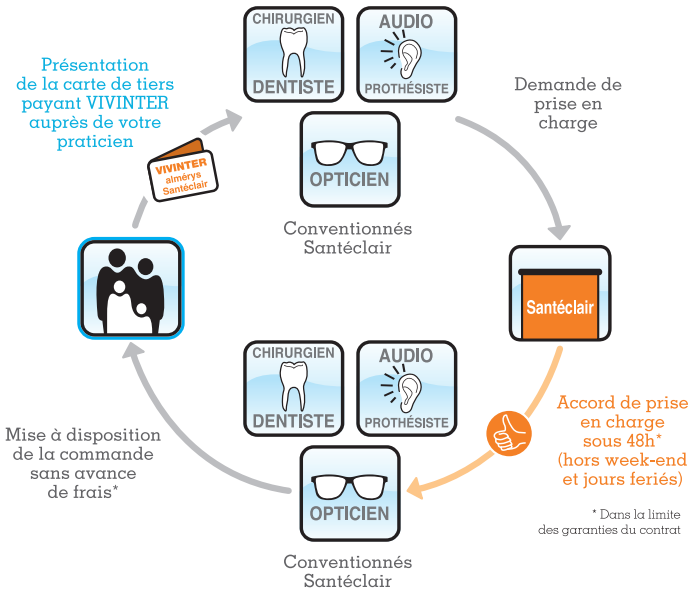
LES AVANTAGES DU RÉSEAU SANTECLAIR

Comment géolocaliser nos partenaires et bénéficier du tiers payant optique, prothèse dentaire et audioprothèse dans le réseau 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 n° 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 almerys 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, votre praticien non partenaire peut ne pas vous proposer le service de tiers payant. Vous devrez alors vous acquitter de la facture et envoyer votre demande de remboursement à VIVINTER (accompagnée de la facture acquittée, l'ordonnance et éventuellement, si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission NOEMIE, du décompte Sécurité sociale).

Service d'analyse de devis en optique, dentaire, audioprothèse et honoraires hospitaliers.

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 :

- télécharger impérativement le formulaire sur www.vivinter.fr/ Espace assuré / Vos demandes de devis ; analyse de devis,
- le faire compléter par votre praticien et renseigner l'encadré vous concernant en précisant votre n° de contrat indiqué sur votre carte de tiers payant,
- adresser votre devis à Santéclair :
  - par e-mail : devis@santeclair.fr ou via le formulaire sur www.santeclair.fr / «Espace assurés»,
  - 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.

Que dois-je faire en cas d'hospitalisation ?

PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

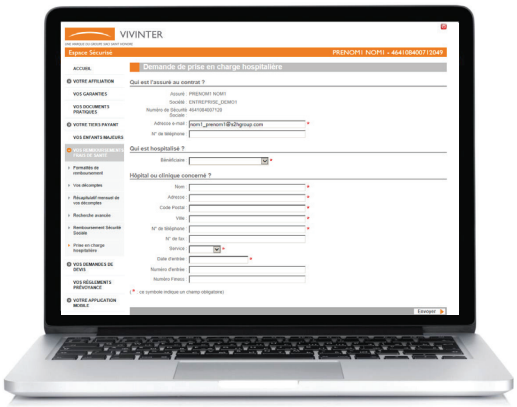
Avant toute admission dans un établissement conventionné (hospitalisation de jour remboursée au minimum à 80% de la base de remboursement par la Sécurité sociale ou pour un séjour de plus de 24 heures), VIVINTER peut délivrer une prise en charge hospitalière à l'établissement afin de vous éviter toute 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 PRENOM, et votre n° de Sécurité sociale,
- le NOM et PRENOM 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 COORDONNEES 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 / Vos remboursements frais de santé / Prise en charge Hospitalière** pour effectuer une demande en ligne ou contactez nos services en vous référant à la page « vos contacts » de ce guide.

VIVINTER
UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE

Notes

VIVINTER
UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE

Notes

Mes services web et mobile : je reste connecté 24h/24h

GERER MA SANTE EN QUELQUES CLICS

Sur le site **www.vivinter.fr**, vous pouvez vous connecter 24h/24 à votre **« Espace assuré »** pour :

- suivre vos **remboursements**
- consulter les **formalités** de remboursement
- imprimer votre **carte de tiers payant**
- **géolocaliser les professionnels** de santé partenaires proches de chez vous
- effectuer vos demandes d'analyse de **devis** et de **prise en charge hospitalière**
- modifier vos données personnelles (adresse, e-mail, téléphone, mot de passe…)
- nous contacter

Comment obtenir votre identifiant et votre mot de passe ?

1. Connectez-vous sur *www.vivinter.fr / Espace assuré*
2. Sur l'écran d'authentification, cliquez sur *obtenir vos identifiants*
3. 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.

BENEFICIER DES 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...

DECOUVRIR MON APPLICATION MOBILE VIVINTER

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

- mieux maîtriser vos dépenses de santé (suivi des remboursements, géolocalisation des professionnels de santé),
- faciliter votre quotidien (carnet de santé, pilulier, répertoire santé, actualités...).

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

App Store

Google play

VIVINTER est une marque de SIACI SAINT HONORE SAS - Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17 - Tél. +33 (0)1 4420 9999 - Fax +33 (0)1 4420 9500 - www.s2hgroup.com - Courtier d'assurance ou de réassurance, conseiller en investissement financier (CIF), courtier en opérations de banque et en services de paiement - N° d'immatriculation ORIAS 07 000 771 - capital social 61 057 144 Euros - 572 059 939 RCS Paris - APE 6622 Z - N° de TVA Intracommunautaire : FR 54 572 059 939
Ce résumé ne constitue pas la notice d'information détaillée prévue par l'article 12 de la loi 89-1009 du 31/12/1982 ; les problèmes éventuels d'interprétation seront analysés par référence au texte du contrat qui, seul, régit les rapports entre les parties concernées.

Vos contacts

INTERNET

www.vivinter.fr

« Espace assuré », rubrique « Nous contacter / Formulaire de contacts»

CENTRE RELATION CLIENTS

01 70 91 39 01

du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h00

VIVINTER

TSA 70004
93414 SAINT DENIS Cedex

(Préciser le département concerné par vos demandes)

Département Affiliations

(affiliation, carte de tiers payant, NOEMIE, mise à jour des données personnelles ou question sur votre contrat)
affiliations@vivinter.fr
Fax : 01 70 91 39 06

Département Frais de santé

(remboursement, prise en charge hospitalière, devis optique dentaire, question sur vos garanties)

Prise en charge hospitalière

Fax : 01 70 91 39 12

Devis dentaire

Fax : 01 70 91 39 14

Devis optique, autres devis

Fax : 01 70 91 39 14

Autres frais de santé

Fax : 01 70 91 39 13

Département Cotisations Isolées

(demande de maintien de garanties en tant que retraité, licencié… ou adhésion individuelle)
cotisations-isolees@vivinter.fr
Fax : 01 70 91 39 21

Santéclair

(Analyse de devis, géolocalisation ou question sur Santéclair)
devis@santeclair.fr
Tél. : 01 70 91 39 49
Fax : 01 47 61 21 04