



VIVINTER

UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE



LA PROTECTION SOCIALE DE TOUS LES COLLABORATEURS AUCHAN

Découvrez vos
nouvelles garanties

**SANTÉ &
PRÉVOYANCE**

au 1^{er} novembre 2021



SANTÉ ET PRÉVOYANCE

Une protection sociale pour tous et adaptée à chacun

La protection et la couverture des collaborateurs et de leurs familles ont toujours été au cœur des préoccupations d'Auchan et de sa stratégie sociale.

Parce qu'il est légitime que chacun soit traité équitablement face à la maladie et aux aléas de la vie, Auchan a porté, dans son projet d'évolution, l'ambition d'un dispositif unique et harmonisé pour l'ensemble de ses collaborateurs, quelle que soit leur société d'appartenance.

Aujourd'hui et plus que jamais, Auchan veut réaffirmer sa responsabilité sociétale et ses valeurs d'engagement auprès de ses collaborateurs.

Ainsi, une nouvelle fois, le groupe et ses partenaires sociaux signent une avancée majeure pour la couverture sociale des salariés et leurs familles, avec de nouveaux régimes très largement améliorés, avec de nouvelles garanties, répondant aux besoins de chacun à chaque étape de la vie, et résolument tournés vers la prévention.

Nous vous invitons à parcourir attentivement cette documentation qui vous donnera tous les conseils et informations sur la couverture sociale mise en place par Auchan, pour vous et vos proches.

Nous vous en souhaitons bonne lecture.

La Direction des Ressources Humaines

QUAND ET COMMENT EN BÉNÉFICIER



Les nouvelles garanties Frais de santé et Prévoyance seront mises en œuvre dès le 1^{er} novembre 2021.

SOMMAIRE

01 VOS GARANTIES SANTÉ

ESSENTIEL : une couverture santé de qualité, pour tous !.....	04
Vous accompagner dans le choix de votre couverture	05
Découvrez votre nouvelle garantie OPTAM + qui améliore votre couverture	06
Qu'est-ce qu'un médecin « OPTAM » ?.....	07
Des cotisations adaptées à votre situation familiale	08
Découvrez vos garanties	10
Découvrez vos cotisations.....	20
Vous souhaitez changer d'options	22
Votre adhésion ou votre changement d'option	23

02 DES SERVICES PRATIQUES ET EFFICACES

Vos services web et mobile.....	26
Remboursements automatisés et rapides.....	27
Mieux évaluer vos dépenses.....	28

03 VOUS QUITTEZ L'ENTREPRISE

Restez protégé une fois retraité.....	30
Fin de contrat, maintien des garanties grâce à la portabilité	30

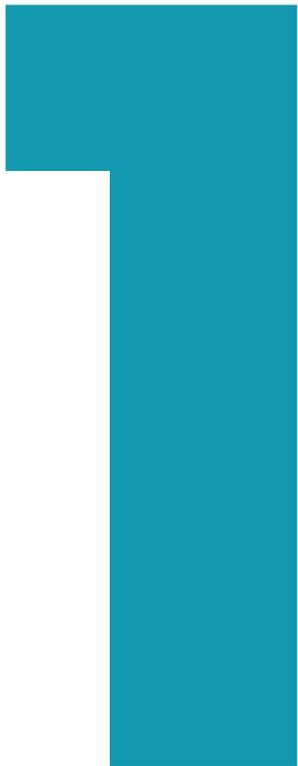
04 VOS GARANTIES PRÉVOYANCE

Maladie ou accident, vous êtes en arrêt de travail.....	32
Auchan complète vos prestations.....	33
Quand l'arrêt se prolonge, la prévoyance.....	34
Découvrez vos garanties en cas d'arrêt de travail.....	35
Découvrez vos garanties en cas de décès	36
Qu'est-ce qu'une désignation de bénéficiaires ?.....	37

05 LEXIQUE.....

39

Vos garanties santé



ESSENTIEL :
UNE COUVERTURE SANTÉ DE QUALITÉ,
POUR TOUS !

04

VOUS ACCOMPAGNER DANS
LE CHOIX DE VOTRE COUVERTURE

05

DÉCOUVREZ VOTRE NOUVELLE GARANTIE
OPTAM+ QUI AMÉLIORE VOTRE COUVERTURE

06

QU'EST-CE QU'UN MÉDECIN « OPTAM » ?

07

DES COTISATIONS ADAPTÉES
À VOTRE SITUATION FAMILIALE

08

DÉCOUVREZ VOS GARANTIES

10

DÉCOUVREZ VOS COTISATIONS

20

VOUS SOUHAITEZ CHANGER D'OPTIONS

22

VOTRE ADHÉSION OU VOTRE CHANGEMENT
D'OPTION

23



ESSENTIEL

Une couverture santé de qualité, pour tous !

Que vous soyez en CDD ou CDI, et quelle que soit votre ancienneté dans l'entreprise, Auchan vous fait bénéficier d'un régime obligatoire de frais de santé : le régime **ESSENTIEL**.

POURQUOI UN RÉGIME OBLIGATOIRE ?

Consultations, hospitalisations, dépenses en optique et dentaire... Les frais de santé pèsent lourds dans nos dépenses et la Sécurité sociale n'en rembourse qu'une partie.

Bien qu'indispensable, le coût d'une mutuelle peut décourager beaucoup d'entre nous à souscrire une assurance complémentaire. La mise en place d'un dispositif, solidaire et responsable, s'est progressivement imposée à Auchan pour garantir à l'ensemble de ses collaborateurs et leurs familles l'assurance de pouvoir se soigner à moindre coût.

L'avis de l'expert



Delphine ROBIN
Directrice Prévoyance Santé
Siaci Saint Honoré - VIVINTER

Je suis très fière d'avoir participé à la construction de ce nouveau régime frais de santé au profit de tous les collaborateurs d'Auchan et leurs familles.

Ce nouveau dispositif est complet, innovant et garantit une prise en charge de très haute qualité, dès le premier niveau de couverture : actes de prévention et médecine douce, prise en charge des honoraires des médecins non Optam avec la surcomplémentaire « Optam + », forfait équipements lourds en cas de pathologie grave, handicap etc...

Il est adapté aux nouvelles techniques de soins et saura répondre aux besoins et aux attentes de chaque collaborateur, quel que soit son âge, sa situation familiale, son besoin médical et/ou de prévention.

LE RÉGIME

ESSENTIEL

Le régime Santé obligatoire de tous les collaborateurs Auchan, à moins de 20 euros par mois pour une famille. Il offre une prise en charge complète et de bon niveau pour tous types de soins médicaux, y compris pour de la médecine douce et de la prévention.



Nadia, 28 ans, célibataire sans enfant, vit à Lille.

Elle se rend chez le médecin deux à quatre fois par an et porte des lunettes pour atténuer la fatigue visuelle due à l'utilisation des écrans. Elle consulte son acupuncteur tous les 3 mois et se rend une fois par an chez son gynécologue. Le régime qui pourrait lui correspondre est **ESSENTIEL** car il propose un niveau de couverture qui correspond à ses besoins et à la fréquence de ses soins.

DÈS VOTRE EMBAUCHE, VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT COMPLÉTER VOTRE ADHÉSION.
RENDEZ-VOUS EN PAGE 23 POUR PLUS DE PRÉCISIONS.

A NOTER !



Vous avez moins de 6 mois d'ancienneté et vous souhaitez souscrire à des garanties optionnelles ?

Auchan vous propose, avec le dispositif « **TEMPORIS OPTIONS SANTÉ** », d'adhérer à titre individuel à l'équivalent des options **TRANQUILLITE** et **EXCELLENCE**.

Vous pouvez retrouver la plaquette **TEMPORIS OPTIONS SANTÉ** sur votre Espace salarié : <https://salarie.vivinter.fr>

VOUS ACCOMPAGNER

dans le choix de votre couverture

Si votre situation ou vos besoins le nécessitent, vous pouvez compléter le régime obligatoire **ESSENTIEL** par une option facultative à partir de 6 mois d'ancienneté.

C'est vous qui choisissez la couverture que vous souhaitez, pour vous et votre famille, et le budget que vous souhaitez engager. Vous conservez ainsi la maîtrise de vos dépenses, tout en bénéficiant d'un niveau de protection très efficace avec un excellent rapport qualité/prix (vous et vos ayants droit devrez bénéficier de la même option).



COMPLÉTER VOS GARANTIES GRÂCE À DES OPTIONS

OPTION

TRANQUILLITÉ

OPTION

EXCELLENCE

Elle offre toutes les prestations du régime **ESSENTIEL** en les améliorant fortement.

Cette option complète avantageusement les remboursements du régime ESSENTIEL en prenant en charge une très large partie des dépenses de médecine de ville, d'hospitalisation, mais aussi d'optique, dentaires, et de prothèses auditives.



Jérôme, 32 ans, est un jeune papa célibataire qui vit au Havre avec sa fille.

Sportif et en bonne santé, il est prévoyant et souhaite adhérer à un régime de niveau intermédiaire pour s'assurer une bonne prise en charge de ses soins et de ceux de sa fille. Le régime qui pourrait lui correspondre est **TRANQUILLITÉ**.

Cette option, la plus couvrante, prend en charge la quasi-totalité des dépenses d'hospitalisation et de médecine de ville, et offre un niveau de prise en charge optimal sur les postes dentaires et optique (dans les limites fixées par la réglementation sur le Contrats Responsables).



Sylvie, 48 ans, et Olivier, 51 ans, sont les parents de deux adolescents : Enzo 16 ans et Sarah 13 ans et vivent à Metz.

Sylvie porte des lunettes avec des verres progressifs, Olivier consulte son ostéopathe plusieurs fois par an, et Sarah suit un traitement d'orthodontie. Le régime qui pourrait leur correspondre est **EXCELLENCE**.

Il garantit un niveau de prise en charge optimal sur l'ensemble des soins médicaux, avec très peu de reste à charge.

DÉCOUVREZ VOTRE NOUVELLE GARANTIE



qui améliore votre couverture

Une nouvelle garantie est spécialement créée en plus des OPTIONS pour améliorer votre couverture. Son nom : **OPTAM +**

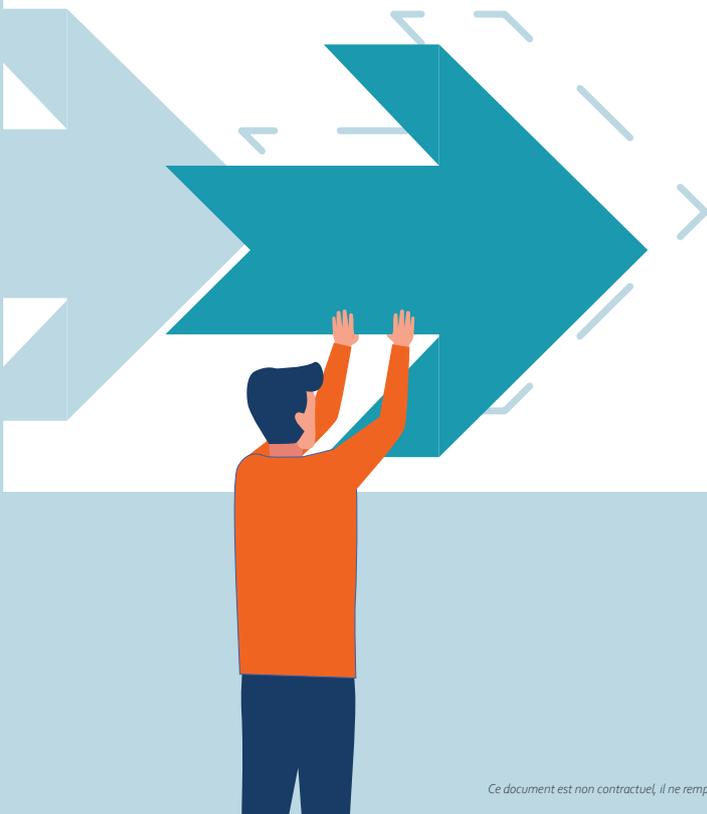
Son objectif : intervenir en supplément des régimes **Essentiel**, **Tranquillité** et **Excellence**, pour rembourser les dépassements d'honoraires des praticiens non signataires du Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

CETTE SURCOMPLÉMENTAIRE est « non responsable », facultative et accessible dès le régime de base ESSENTIEL, sans condition d'ancienneté.

Elle assure une prise en charge supplémentaire des honoraires des médecins non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

Grâce à la garantie **OPTAM+**, réduisez votre reste à charge sur les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes, chirurgiens, anesthésistes, radiologues non adhérents au DPTAM.

Retrouvez des exemples de remboursement en page 11 pour l'hospitalisation, et en page 13 pour les consultations de médecins spécialistes.



A NOTER !

SI VOUS DÉCIDEZ D'ADHÉRER
À LA GARANTIE **OPTAM+**,
SA RÉSILIATION NE POURRA SE FAIRE
QU'APRÈS UN DÉLAI D'ADHÉSION
DE 3 ANS.

QU'EST-CE QU'UN MÉDECIN «OPTAM» ?

Lorsqu'un professionnel de santé applique un tarif supérieur à celui fixé par l'Assurance Maladie (Base de Remboursement), on dit qu'il effectue un dépassement d'honoraires. Il peut être classé selon 2 catégories : praticien signataire de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou désormais DPTAM) ou praticien non signataire de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (NON OPTAM ou désormais NON DPTAM).

DPTAM :

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (anciennement OPTAM) est un contrat signé entre l'Assurance maladie et les médecins conventionnés exerçant en secteur 2 (qui pratiquent des dépassements d'honoraires).

Il a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins pour les patients, grâce à une maîtrise des dépassements d'honoraires (non appliqués ou de façon modérée) et d'offrir un meilleur remboursement tant par la Sécurité sociale que par la complémentaire Santé.

Le praticien NON DPTAM pratique des dépassements d'honoraires libres (sans limitation), avec une **prise en charge minorée** par la Sécurité sociale et un **remboursement mutuelle plafonné** par la réglementation sur les complémentaires santé Responsables (200% de la Base de Remboursement (BR) y compris le remboursement Sécurité sociale).

La prise en charge minorée de la Sécurité sociale et la limitation de remboursement imposée aux complémentaires Santé par les pouvoirs publics, laissent un reste à charge plus ou moins important aux assurés, qui peut causer de forts mécontentements et le sentiment d'une mutuelle peu couvrante.

LES SPÉCIALISTES, CHIRURGIENS ET ANESTHÉSISTES SONT MAJORITAIREMENT CONCERNÉS PAR CE DISPOSITIF, EN RAISON D'UNE APPLICATION QUASI-SYSTÉMATIQUE DE DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES.

L'annuaire des professionnels de santé et des établissements de soins mis à disposition sur le site <http://annuaire.sante.ameli.fr> vous permet de trouver les adresses, horaires de consultation, actes et tarifs pratiqués par les médecins adhérant au DPTAM.



DES COTISATIONS

adaptées à votre situation familiale

Vous vivez seul(e), en couple ou avec des enfants ? Selon la structure de votre foyer et le nombre d'enfants à charge, votre cotisation sera : **solo**, **duo** ou **famille**.


SOLO

Vous êtes célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge.


DUO

Vous vivez en couple (marié, concubin, pacsé) sans enfant à charge ou vous êtes seul(e) avec un enfant à charge*.


FAMILLE

Vous vivez en couple avec au moins un enfant à charge ou vous êtes seul(e) avec au moins deux enfants à charge*.

LA DEFINITION DES AYANTS DROIT OU PERSONNES A CHARGE

- Conjoint(e), ou partenaire lié(e) par un PACS ou concubin(e) sous réserve de la fourniture d'un justificatif de domicile commun.
- Enfant de moins de 18 ans ayant droit du salarié ou de son conjoint ou de son concubin ou Pacsé, au sens défini par la Sécurité Sociale.
- Enfant de moins de 26 ans à la recherche d'un premier emploi, sous contrat d'apprentissage, sous contrat de professionnalisation, étudiant où à la charge du salarié au sens de la législation fiscale.
- Enfant handicapé à la charge du salarié au sens de la législation fiscale quel que soit son âge.
- Ascendant vivant au domicile, et à la charge du salarié au sens de la législation fiscale.

Rappel : l'adhésion de votre conjoint (définition ci-dessus) et de vos enfants de moins de 18 ans est obligatoire.

SOLO, DUO, FAMILLE

COMMENT VOTRE COTISATION EST-ELLE FIXÉE ?

↓ ET

VOUS ÊTES ? ➤

- » Bénéficiaire de la CMU complémentaire (ou Complémentaire Santé Solidaire)
- » Bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
- » Couvert par une assurance individuelle au moment de l'embauche (jusqu'à l'échéance annuelle de votre contrat)
- » Mon conjoint travaille dans la même entreprise (une seule cotisation pour le couple)
- » Mes enfants et moi sommes couverts à titre obligatoire par la complémentaire santé de l'employeur de mon conjoint
- » Seul mon conjoint est couvert à titre obligatoire par la complémentaire santé de son employeur
- » Seuls mon conjoint et nos enfants sont couverts à titre obligatoire par la complémentaire santé de son employeur

CÉLIBATAIRE, VEUF, DIVORCÉ

SANS ENFANT

AVEC 1 ENFANT

AVEC AU MOINS 2 ENFANTS

PAS DE COTISATION À VERSER

AUCUNE PUIS SOLO

AUCUNE PUIS DUO

AUCUNE PUIS FAMILLE

PAS DE COTISATION À VERSER

—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—

JE SOUHAITE ME DISPENSER D'ADHÉRER AU RÉGIME SANTÉ AUCHAN

ou dispenser mes ayants-droit

L'adhésion au régime Santé Auchan est obligatoire pour les salariés et leurs ayants droit (cf. page 4).

Cependant, des facultés de dispense d'adhésion existent, tant pour le salarié que pour ses bénéficiaires, dans les limites fixées par la réglementation.

Comment dois-je procéder pour demander une dispense d'adhésion ?

Vous devez vous rendre sur votre Espace salarié VIVINTER (<https://salarie.vivinter.fr>) et vous laisser guider.

Mon conjoint et mes enfants doivent-ils adhérer au régime Santé Auchan ?

Oui, mais ils peuvent être dispensés s'ils sont couverts, à titre obligatoire, par une autre complémentaire Santé.

Dans ce cas, vous cotiserez en **Solo**, à condition de justifier chaque année de la situation de vos ayants droit en fournissant le justificatif requis depuis votre Espace salarié VIVINTER.

Si, pour une raison ou pour une autre, mon conjoint et/ou mes enfants ne bénéficient plus d'une couverture obligatoire par ailleurs, doivent-ils rejoindre immédiatement le régime Santé Auchan ?

Oui, dans ce cas, votre cotisation repassera en **Duo** ou **Famille**.

VOS CAS DE DISPENSE

Bénéficiaires de la CMU complémentaire (ou Complémentaire Santé Solidaire)

Bénéficiaire de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Couvert par une assurance individuelle au moment de l'embauche (jusqu'à l'échéance annuelle de votre contrat)

En contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois

Mon/ma conjoint(e), partenaire de PACS ou mon/ma concubin(e) travaille dans l'entreprise (une seule cotisation pour le couple)

Salarié à temps partiel ou apprenti et votre adhésion vous conduirait à une cotisation au moins égale à 10% de votre rémunération brute

Couvert à titre obligatoire par le régime de l'employeur de mon/ma conjoint(e), partenaire de PACS ou mon/ma concubin(e)

Seul mon/ma conjoint(e), partenaire de PACS ou mon/ma concubin(e) est couvert par le régime obligatoire de son employeur

Seul mon/ma conjoint(e), partenaire de PACS ou mon/ma concubin(e) et nos enfants sont couverts à titre obligatoire par le régime de son employeur

Seul mon/ma conjoint(e), partenaire de PACS ou mon/ma concubin(e) fonctionnaire ou agent de l'état est couvert à titre facultatif par un régime santé et prévoyance, sans qu'il puisse opter pour l'un ou l'autre

MARIÉ, PACSÉ OU VIVANT EN CONCUBINAGE

SANS ENFANT

AVEC AU MOINS 1 ENFANT

PAS DE COTISATION À VERSER

AUCUNE PUIS DUO

AUCUNE PUIS FAMILLE

PAS DE COTISATION À VERSER

DUO

FAMILLE

PAS DE COTISATION À VERSER

SOLO

DUO SI 1 ENFANT, SINON FAMILLE

SOLO

SOLO

SOUS RÉSERVE DE FOURNIR TOUS LES ANS LES JUSTIFICATIFS SUR VOTRE ESPACE SALARIÉ :

<https://salarie.vivinter.fr>
(OBLIGATION LEGALE)

- » Attestation de droit + échéance
- » Attestation protection + échéance du contrat souscrit
- » Attestation du droit + échéance du contrat souscrit
- » Attestation de vie maritale (à compléter sur votre Espace salarié)
- » Attestation de l'employeur ou de la mutuelle de votre conjoint justifiant du caractère obligatoire de cette couverture.
Télécharger le modèle d'attestation dans votre Espace salarié (<https://salarie.vivinter.fr>).

DÉCOUVREZ VOS GARANTIES

Hospitalisation



ESSENTIEL

Régime obligatoire sans condition d'ancienneté

TRANQUILLITÉ

Options facultatives incluant les prestations du régime ESSENTIEL (pour les salariés ayant au moins 6 mois d'ancienneté)

EXCELLENCE



Nouvelle garantie qui améliore votre remboursement

Hospitalisation médicale / chirurgicale / maternité

SECTEUR CONVENTIONNÉ

Frais de séjour	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Honoraires Praticiens adhérents au DPTAM	300 % BR	100 % FR	100 % FR
Honoraires Médecins non adhérents au DPTAM	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Chambre particulière y compris maternité	2 % PMSS/Jour (68,56 € en 2021)	4 % PMSS/Jour (137,12 € en 2021)	5 % PMSS/Jour (171,40 € en 2021)
Frais d'accompagnant d'un enfant, y/c hébergement, repas, maisons de parents, jusqu'à 16 ans	1 % PMSS/Jour (34,28 € en 2021)	2 % PMSS/Jour (68,56 € en 2021)	3 % PMSS/Jour (102,84 € en 2021)

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Frais de séjour	90 % FR limité à 150 % BR	90 % FR limité à 300 % BR	90 % FR limité à 400 % BR
Honoraires	130 % TA	200 % TA	200 % TA
Chambre particulière	2 % PMSS/Jour (68,56 € en 2021)	2 % PMSS/Jour (68,56 € en 2021)	2 % PMSS/Jour (68,56 € en 2021)

Si vous choisissez la garantie OPTAM +



Ajoutez

+200% BR

à votre garantie



Exemple : Vous êtes adhérent sur le régime Essentiel. Pour une consultation de médecin non adhérent au DPTAM, avec l'OPTAM + la garantie sera de 400% BR.



FR	Frais Réels
PLV	Prix limite de vente
HLF	Honoraires limite de facturation
BR	Base de remboursement de la Sécurité sociale
BRR	Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée
SS	Sécurité sociale

TA	Tarif d'autorité
TM	Ticket Modérateur
MR	Montant remboursé par la Sécurité sociale
PMSS	Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Valeur au 1 ^{er} janvier 2021 : 3 428 €
DPTAM	(anciennement OPTAM) signifie Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Il s'agit d'un dispositif mis en place par l'Assurance Maladie dans le but de limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins de secteur 2 (honoraires libres)

Les remboursements s'entendent y compris les prestations de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés, en conformité avec la réglementation relative au Contrat Responsable, du parcours de soins coordonnés, et au 100% santé.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Hospitalisation

PRATICIENS DPTAM



Je suis hospitalisé 4 jours pour une ligamentoplastie du genou. L'établissement hospitalier est conventionné.

La facture totale est de **2 737 €**.

Comment suis-je remboursé si mon chirurgien et mon anesthésiste sont adhérents au DPTAM ?



Régimes Essentiel, Tranquillité, Excellence, vous serez remboursé de la manière suivante :

Remboursement Sécurité sociale	Remboursement VIVINTER	Soit un remboursement global de
1 199 €	+ 1 538 €	2 737 €

Pas de reste à charge



PRATICIENS NON DPTAM

Comment suis-je remboursé si mon chirurgien et mon anesthésiste sont non adhérents au DPTAM et que la facture totale est de 3 343 € ?

Vous n'avez pas souscrit à la surcomplémentaire

Régimes Essentiel, Tranquillité, Excellence, vous serez remboursé de la manière suivante :

Remboursement Sécurité sociale	Remboursement VIVINTER	Soit un remboursement global de
1 199 €	+ 976 €	2 175 €

Il reste 1 168 € à votre charge

Vous avez souscrit à la surcomplémentaire



Régimes Essentiel, Tranquillité, Excellence, vous serez remboursé de la manière suivante :

Remboursement Sécurité sociale	Remboursement VIVINTER	Soit un remboursement global de
1 199 €	+ 2 144 €	3 343 €

Pas de reste à charge



CONSEIL

Pour demander une prise en charge hospitalière, rendez-vous en page 28.

DÉCOUVREZ VOS GARANTIES

Soins courants



Soins courants

ESSENTIEL

Régime obligatoire sans condition d'ancienneté

TRANQUILLITÉ

Options facultatives incluant les prestations du régime ESSENTIEL (pour les salariés ayant au moins 6 mois d'ancienneté)

EXCELLENCE

	ESSENTIEL	TRANQUILLITÉ	EXCELLENCE
Consultations, visites de généralistes Médecins adhérents au DPTAM	120 % BR	220 % BR	280 % BR
Consultations, visites de généralistes Médecins non adhérents au DPTAM	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Consultations, visites de spécialistes Médecins adhérents au DPTAM	180 % BR	220 % BR	350 % BR
Consultations, visites de spécialistes Médecins non adhérents au DPTAM	160 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) Médecins adhérents au DPTAM	180 % BR	220 % BR	350 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) Médecins non adhérents au DPTAM	160 % BR	200 % BR	200 % BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale Médecins adhérents au DPTAM	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale Médecins non adhérents au DPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés, orthophonistes, etc.), analyses de laboratoire	180 % BR	200 % BR	220 % BR



Nouvelle garantie qui améliore votre remboursement

Si vous choisissez la garantie OPTAM +



Ajoutez

+100% BR

+100% BR

+100% BR

à votre garantie



Exemple : Vous êtes adhérent sur le régime Essentiel. Pour la consultation d'un spécialiste non adhérent au DPTAM, avec l'OPTAM + la garantie sera de 260% BR. Avec l'option Tranquillité ou Excellence, la garantie passe à 300% BR avec l'OPTAM +.

Pharmacie

	ESSENTIEL	TRANQUILLITÉ	EXCELLENCE
Prise en charge par la Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR



FR	Frais Réels
PLV	Prix limite de vente
HLF	Honoraires limite de facturation
BR	Base de remboursement de la Sécurité sociale
BRR	Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée
SS	Sécurité sociale

TA	Tarif d'autorité
TM	Ticket Modérateur
MR	Montant remboursé par la Sécurité sociale
PMSS	Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Valeur au 1 ^{er} janvier 2021: 3 428 €
DPTAM	(anciennement OPTAM) signifie Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Il s'agit d'un dispositif mis en place par l'Assurance Maladie dans le but de limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins de secteur 2 (honoraires libres)

Les remboursements s'entendent y compris les prestations de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés, en conformité avec la réglementation relative au Contrat Responsable, du parcours de soins coordonnés, et au 100% santé.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Soins courants

PRATICIEN DPTAM



Je consulte un médecin spécialiste (ophtalmologue, dermatologue...).

Il est signataire du DPTAM.

Le coût de la consultation est de **55 €**.

Comment suis-je remboursée si le spécialiste est adhérent au DPTAM ?



Régimes Essentiel, Tranquillité, Excellence, vous serez remboursée de la manière suivante :

Remboursement Sécurité sociale		Remboursement VIVINTER	Soit un remboursement global de
20 €	+	34 €	54 €

Il reste **1 €** à votre charge (Participation forfaitaire réglementaire)

PRATICIEN NON DPTAM



Je consulte un médecin spécialiste (ophtalmologue, dermatologue...).

Il n'est pas signataire du DPTAM.

Le coût de la consultation est de **70 €**.

Comment suis-je remboursée si le spécialiste est non adhérent ?



Vous serez remboursée de la manière suivante selon votre régime :

	Remboursement Sécurité sociale		Remboursement VIVINTER	Soit un remboursement global de
ESSENTIEL	15,10 €	+	21,70 €	36,80 €
	Il reste 33,20 € à votre charge			
ESSENTIEL ^{OPTAM+}	15,10 €	+	44,70 €	59,80 €
	Il reste 10,20 € à votre charge			
TRANQUILLITÉ	15,10 €	+	30,90 €	46,00 €
	Il reste 24,00 € à votre charge			
TRANQUILLITÉ ^{OPTAM+}	15,10 €	+	53,90 €	69,00 €
	Il reste 1 € à votre charge (Participation forfaitaire réglementaire)			
EXCELLENCE	15,10 €	+	30,90 €	46,00 €
	Il reste 24,00 € à votre charge			
EXCELLENCE ^{OPTAM+}	15,10 €	+	53,90 €	69,00 €
	Il reste 1 € à votre charge (Participation forfaitaire réglementaire)			

DÉCOUVREZ VOS GARANTIES

Dentaire



ESSENTIEL

Régime obligatoire sans condition d'ancienneté

TRANQUILLITÉ

Options facultatives incluant les prestations du régime ESSENTIEL (pour les salariés ayant au moins 6 mois d'ancienneté)

EXCELLENCE

Dentaire

Soins et prothèses dentaires 100% Santé 100 % PLV - MR 100 % PLV - MR 100 % PLV - MR

Soins dentaires et équipements à tarifs libres

Soins dentaires et équipements à tarifs libres	ESSENTIEL	TRANQUILLITÉ	EXCELLENCE
Soins dentaires (Hors 100% Santé)	100 % BR	220 % BR	250 % BR
Scellement des sillons/vernis fluoré	100 % BR	100 % BR	250 % BR
Inlay/onlay (Hors 100% Santé)	120 % BR	220 % BR	250 % BR
Inlay core (Hors 100% Santé)	250 % BR	400 % BR	525 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Ss (Hors 100% Santé)	250 % BR	400 % BR	525 % BR
Inter de bridge non pris en charge par la Ss	250 % BR	400 % BR	525 % BR
Orthodontie prise en charge par la Ss	250 % BR	350 % BR	525 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Ss (maxi 4 semestres consécutifs par bénéficiaire)	—	250 % BRR	400 % BRR
Implantologie (2 premières phases de l'implant)	200 €/Implant, limité à 2 implants/an/ bénéficiaire	400 €/Implant, limité à 2 implants/an/ bénéficiaire	800 €/Implant, limité à 2 implants/an/ bénéficiaire
Parodontie non prise en charge par la Ss	—	200 €/an/ bénéficiaire	600 €/an/ bénéficiaire

NEW

LEXIQUE

FR Frais Réels

PLV Prix limite de vente

HLF Honoraires limite de facturation

BR Base de remboursement de la Sécurité sociale

BRR Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée

SS Sécurité sociale

TA Tarif d'autorité

TM Ticket Modérateur

MR Montant remboursé par la Sécurité sociale

PMSS Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Valeur au 1^{er} janvier 2021 : 3 428 €

DPTAM (anciennement OPTAM) signifie Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Il s'agit d'un dispositif mis en place par l'Assurance Maladie dans le but de limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins de secteur 2 (honoraires libres)

Les remboursements s'entendent y compris les prestations de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés, en conformité avec la réglementation relative au Contrat Responsable, du parcours de soins coordonnés, et au 100% santé.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Dentaire



Après m'avoir soigné une carie très profonde, mon dentiste me pose un Inlay-core pour combler la partie manquante de ma dent.

Celle-ci est au prix de **300 €**.

Comment suis-je remboursé ?



Vous serez remboursé de la manière suivante selon votre régime :

	Remboursement Sécurité sociale		Remboursement VIVINTER		Soit un remboursement global de
ESSENTIEL	63 €	+	162 €		225 €
	Il reste 75 € à votre charge				
TRANQUILLITÉ	63 €	+	237 €		300 €
EXCELLENCE	Pas de reste à charge				



Mon dentiste me pose une couronne à tarif maîtrisé, en céramo-métallique sur une incisive.

Celle-ci est au prix de **600 €**.

Comment suis-je remboursé ?



Vous serez remboursé de la manière suivante selon votre régime :

	Remboursement Sécurité sociale		Remboursement VIVINTER		Soit un remboursement global de
ESSENTIEL	84 €	+	216 €		300 €
	Il reste 300 € à votre charge				
TRANQUILLITÉ	84 €	+	396 €		480 €
	Il reste 120 € à votre charge				
EXCELLENCE	84 €	+	516 €		600 €
	Pas de reste à charge				



CONSEIL

Avant d'engager des frais dentaires, demandez un devis à VIVINTER. Rendez-vous en page 28.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS NON CONTRACTUELS

DÉCOUVREZ VOS GARANTIES

Optique, audio et autres équipements



Optique

ESSENTIEL

Régime obligatoire sans condition d'ancienneté

TRANQUILLITÉ

Options facultatives incluant les prestations du régime ESSENTIEL (pour les salariés ayant au moins 6 mois d'ancienneté)

EXCELLENCE

1 équipement tous les 2 ans pour les adultes (à partir de 16 ans) sauf si changement de correction visuelle,
1 équipement par an pour les enfants (-16 ans).

Équipement 100 % Santé	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR
Équipements à tarifs libres :			
Monture	50 €	75 €	100 €
Verre simple	50 €/verre	90 €/verre	160 €/verre
Verre complexe	100 €/verre	200 €/verre	300 €/verre
Verre très complexe	140 €/verre	250 €/verre	350 €/verre
Appairage, renouvellement d'ordonnance par le professionnel de santé	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles prises en charge ou non par la Ss, lentilles jetables	150 €/année civile/bénéficiaire	200 €/année civile/bénéficiaire	250 €/année civile/bénéficiaire
Chirurgie réfractive/Implant intra-oculaire	300 €/œil	600 €/œil	1000 €/œil

Audio et autres équipements

Prothèses auditives

1 équipement tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.
Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Équipements 100 % Santé	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR
Équipements à tarifs libres :			
Équipements adulte/enfant	1700 € - SS/oreille	1700 € - MR/oreille	1700 € - MR/oreille
Accessoires, entretien et piles pris en charge pas la Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical			
Appareillages, autres prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Ss	120% BR	215% BR	300% BR
Forfait équipement lourd (fauteuil roulant, lit médicalisé), prothèses capillaires prises en charge par la Ss en complément de la garantie Appareillages ci-dessus.	500€/ an et / bénéficiaire	1 000€/ an et / bénéficiaire	1 500€/ an et / bénéficiaire

Les remboursements s'entendent y compris les prestations de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés, en conformité avec la réglementation relative au Contrat Responsable, du parcours de soins coordonnés, et au 100% santé.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Optique



Je vais chez l'opticien pour acquérir une paire de lunettes (verres + monture) avec une correction simple.
Celle-ci est au prix de **300 €**.
Comment suis-je remboursée ?



Je vais chez l'opticien pour acquérir une paire de lunettes (verres + monture) avec une correction complexe.
Celle-ci est au prix de **700 €**.
Comment suis-je remboursée ?



Vous serez remboursée de la manière suivante selon votre régime :

	Remboursement Sécurité sociale et VIVINTER	Soit un remboursement global de
ESSENTIEL	150 €	150 €
	Il reste 150 € à votre charge	
TRANQUILLITÉ	255 €	255 €
	Il reste 45 € à votre charge	
EXCELLENCE	300 €	300 €
	Pas de reste à charge	



Vous serez remboursée de la manière suivante selon votre régime :

	Remboursement Sécurité sociale et VIVINTER	Soit un remboursement global de
ESSENTIEL	150 €	150 €
	Il reste 550 € à votre charge	
TRANQUILLITÉ	475 €	475 €
	Il reste 225 € à votre charge	
EXCELLENCE	700 €	700 €
	Pas de reste à charge	

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS NON CONTRACTUELS

DÉCOUVREZ VOS GARANTIES

Médecines douces, prévention et autres soins



ESSENTIEL

Régime obligatoire sans condition d'ancienneté

TRANQUILLITÉ

Options facultatives incluant les prestations du régime ESSENTIEL (pour les salariés ayant au moins 6 mois d'ancienneté)

EXCELLENCE

Transport accepté par la Sécurité sociale

Transport des malades	120 % BR	180 % BR	250 % BR
-----------------------	----------	----------	----------

Maternité/Adoption

Forfait par enfant	100 % TM + Forfait 230 €	100 % TM + Forfait 300 €	100 % TM + Forfait 550 €
--------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale

Soins, transport, hébergement	100 % TM + Forfait 155 € /an/bénéficiaire	100 % TM + Forfait 230 € /an/bénéficiaire	100 % TM + Forfait 550 € /an/bénéficiaire
-------------------------------	---	---	---

Médecines douces (praticiens diplômés) dans la limite de 5 séances/an/bénéficiaire pour l'ensemble du poste

Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, étiope psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, pédicure, podologue, tabacologue, séances de sport prescrites par un médecin pour des personnes atteintes d'une affection de longue durée	25 €/séance	40 €/séance	60 €/séance
---	-------------	-------------	-------------

Prévention

Contraceptifs, produits de sevrage tabagique, connecteurs bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, prescrits par un médecin mais non pris en charge par la Ss	75 €/an/ bénéficiaire	75 €/an/ bénéficiaire	75 €/an/ bénéficiaire
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vaccins prescrits non pris en charge par la Ss	75 €/an/ bénéficiaire	75 €/an/ bénéficiaire	75 €/an/ bénéficiaire
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Détartrage complet sus et sous gingival des dents	100 % BR	100 % BR	100 % BR
---	----------	----------	----------

Dépistage de l'Hépatite B	100 % BR	100 % BR	100 % BR
---------------------------	----------	----------	----------

Examen de dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 59 ans	100 % BR	100 % BR	100 % BR
---	----------	----------	----------

LEXIQUE

FR Frais Réels

PLV Prix limite de vente

HLF Honoraires limite de facturation

BR Base de remboursement de la Sécurité sociale

BRR Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée

SS Sécurité sociale

TA Tarif d'autorité

TM Ticket Modérateur

MR Montant remboursé par la Sécurité sociale

PMSS Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Valeur au 1^{er} janvier 2021 : 3 428 €

DPTAM (anciennement OPTAM) signifie Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Il s'agit d'un dispositif mis en place par l'Assurance Maladie dans le but de limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins de secteur 2 (honoraires libres)

Les remboursements s'entendent y compris les prestations de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés, en conformité avec la réglementation relative au Contrat Responsable, du parcours de soins coordonnés, et au 100% santé.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Médecines douces et prévention



J'ai rendez-vous chez mon ostéopathe.

Le prix de la consultation est de **60 €**.

Comment suis-je remboursé ?



Vous serez remboursé de la manière suivante selon votre régime :

	Remboursement Sécurité sociale		Remboursement VIVINTER	Soit un remboursement global de
ESSENTIEL	0 €	+	25 €	25 €
	Il reste 35 € à votre charge			
TRANQUILLITÉ	0 €	+	40 €	40 €
	Il reste 20 € à votre charge			
EXCELLENCE	0 €	+	60 €	60 €
	Pas de reste à charge			



J'ai arrêté de fumer et mon médecin m'a prescrit des Patchs anti-tabac non pris en charge par la Sécurité sociale.

La pharmacie me les facture **60 €**.

Comment suis-je remboursé ?



Régimes Essentiel, Tranquillité, Excellence, vous serez remboursé de la manière suivante :

Remboursement Sécurité sociale		Remboursement VIVINTER	Soit un remboursement global de
0 €	+	60 €	60 €
Pas de reste à charge			



Je pars en Guyane et je dois obligatoirement faire le vaccin contre la fièvre jaune. Celui-ci me coute **55 €**.

Comment suis-je remboursé ?

Régimes Essentiel, Tranquillité, Excellence, vous serez remboursé de la manière suivante :

Remboursement Sécurité sociale		Remboursement VIVINTER	Soit un remboursement global de
0 €	+	55 €	55 €
Pas de reste à charge			

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS NON CONTRACTUELS

DÉCOUVREZ VOS COTISATIONS

Frais de santé

Régime Général

ESSENTIEL

Régime obligatoire sans condition d'ancienneté

TRANQUILLITÉ

Options facultatives incluant les cotisations du régime ESSENTIEL (pour les salariés ayant au moins 6 mois d'ancienneté)

EXCELLENCE

 Cotisations mensuelles salariales à compter du 1^{er} novembre 2021

Solo	9,82 €	66,82 €	80,82 €
Duo	13,87 €	83,87 €	107,87 €
Famille	18,39 €	97,39 €	131,39 €



Exemple : Vous choisissez le régime Essentiel en Solo. Avec OPTAM+, vous ajoutez 5 € à votre cotisation, celle-ci sera donc de 14,82 €.



Nouvelle garantie qui améliore votre remboursement

Si vous choisissez la garantie OPTAM+



Ajoutez

+5,00 €

+7,00 €

+9,00 €

à votre cotisation

Alsace Moselle

ESSENTIEL

Régime obligatoire sans condition d'ancienneté

TRANQUILLITÉ

Options facultatives incluant les cotisations du régime ESSENTIEL (pour les salariés ayant au moins 6 mois d'ancienneté)

EXCELLENCE

 Cotisations mensuelles salariales à compter du 1^{er} novembre 2021

Solo	9,82 €	30,82 €	37,82 €
Duo	13,87 €	39,87 €	53,87 €
Famille	18,39 €	47,39 €	67,39 €



Nouvelle garantie qui améliore votre remboursement

Si vous choisissez la garantie OPTAM+



Ajoutez

+5,00 €

+7,00 €

+9,00 €

à votre cotisation

Part patronale mensuelle

(Déjà déduite de la cotisation salariale)

Solo	29,18 €
Duo	31,13 €
Famille	33,61 €



À NOTER

COTISATION DÉDUCTIBLE

La cotisation du régime obligatoire ESSENTIEL laissée à votre charge (hors option) est défiscalisée.

Elle est déjà déduite du salaire imposable de votre bulletin de paie

. Si vous avez choisi une option, les cotisations apparaîtront sur 2 lignes distinctes :

la cotisation ESSENTIEL, avant votre net imposable.

Celle des options **TRANQUILLITE**, **EXCELLENCE** et de la **Surcomplémentaire**



LE SAVIEZ-VOUS ?



À QUI SONT DESTINÉES LES COTISATIONS DU RÉGIME ALSACE-MOSELLE ?

Sont considérés comme « cotisants Alsace Moselle », les collaborateurs exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin (67), du Haut-Rhin (68) et de la Moselle (57).

POURQUOI LA COTISATION EST-ELLE DIFFÉRENTE DE CELLE DU RÉGIME GÉNÉRAL ?

La différence de coût s'explique par le fait que le régime Alsace Moselle présente un taux de remboursement Sécurité sociale plus avantageux que celui du régime général, ce qui réduit l'intervention de la complémentaire santé. ■

VOUS SOUHAITEZ CHANGER D'OPTION

Les règles applicables

Qu'ils s'appellent **décal de carence** ou **décal d'attente**, ils désignent la période pendant laquelle, à partir de la date de son adhésion, un assuré ne peut pas bénéficier des remboursements prévus par l'option choisie. Appliquer un décal de carence permet de préserver l'équilibre financier d'un contrat d'assurance santé, pour éviter certaines dérives de consommation qui nuiraient à la solidarité et à la pérennité des régimes. Néanmoins, certaines situations permettent de modifier vos options sans délais de carence.

Les différentes situations :

Tout changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce,...) vous permet de modifier vos options sans décal d'attente.

Vous atteignez 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise et décidez de souscrire à l'une des 2 options (**TRANQUILLITE** ou **EXCELLENCE**), les délais d'attente sont les suivants :

- Si vous adhérez immédiatement après 6 mois d'ancienneté, aucun décal de carence ne sera appliqué.
- Si vous adhérez au-delà des 6 mois d'ancienneté, votre décal d'attente sera désormais de 3 mois (contre 6 mois auparavant).



Sinon, en cas de passage à une option supérieure, un décal d'attente s'applique :

- Si vous choisissez pour convenance personnelle une option supérieure, un décal d'attente de 3 mois sera appliqué à tous les actes. Durant cette période vous paierez la cotisation de l'option supérieure et conservez les garanties de l'option en cours.
- Si vous décidez de passer à une option inférieure, le choix de revenir ensuite à une option supérieure ne peut se faire qu'après un décal de 3 ans.

COMMENT FAIRE POUR CHANGER D'OPTION ?

- En cas de **changement de situation de famille**, ne contactez pas VIVINTER. Vous devez obligatoirement utiliser l'application **HR4YOU**
- Pour toute autre demande de changement d'option, rendez-vous sur votre Espace salarié : <https://salarié.vivinter.fr> (Détail en page 23 de ce livret).



VOTRE ADHÉSION OU VOTRE CHANGEMENT D'OPTION

en quelques clics !

Dès votre embauche, vous-même et vos ayants droit (conjoint, enfants) bénéficiez automatiquement des garanties du régime de base obligatoire **ESSENTIEL** et la cotisation correspondante à votre structure familiale est prélevée sur votre fiche de paie. Toutefois, vous devez fournir un certain nombre de documents.

1 POUR BÉNÉFICIER DES GARANTIES, COMPLÉTEZ VOTRE ADHÉSION

Rendez-vous sur : <https://salarie.vivinter.fr> et cliquez sur « **Première connexion** »

Munissez-vous de :

- **Votre numéro de Sécurité sociale** : vous le trouverez sur votre carte vitale.
- **Votre attestation de droits Sécurité sociale** : vous pouvez la télécharger sur ameli.fr, le site de la Sécurité sociale. Si vous n'avez pas créé votre compte Ameli, vous pouvez contacter un conseiller de l'Assurance maladie au 36 46.
- Dans le cas de l'adhésion d'un enfant majeur, vous aurez besoin d'un justificatif précisant sa situation (étudiant, recherche premier emploi...).



2 Renseignez votre numéro de matricule

- Il ne vous sera demandé que pour votre première connexion.
- Vous pouvez le trouver sur votre fiche de paie, ou le demander à votre manager ou votre service RH si vous êtes nouvel embauché.

3 Laissez-vous guider...

Une fois votre compte sécurisé créé, vous pourrez :

- Gérer votre adhésion ;
- Vous dispenser d'adhérer ou dispenser un bénéficiaire (selon les conditions prévues par la réglementation) (rendez-vous aux pages 8 et 9 pour plus de détails) ;
- Adhérer à une option facultative (après 6 mois d'ancienneté), ou encore modifier votre choix d'option.



UNE FOIS QUE VOUS SEREZ AFFILIÉ, VOUS AUREZ, EN TANT QU'ASSURÉ VIVINTER, ACCÈS À VOTRE ESPACE ASSURÉ PERSONNEL.

Pour plus d'information, rendez-vous à la page 26.

LES CAS DE DISPENSE D'ADHÉSION

La complémentaire Santé Auchan est obligatoire pour tous les salariés ainsi que pour leurs bénéficiaires... mais la réglementation prévoit certaines facultés de dispense. Dans ces cas spécifiques, il vous est possible, pour vous ou vos bénéficiaires, de renoncer à la complémentaire Santé Auchan en fournissant les justificatifs correspondants. Pour plus d'information, rendez-vous aux pages 8 et 9.

MON BLOC NOTE FRAIS DE SANTÉ

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Des services pratiques et efficaces

VOS SERVICES WEB
ET MOBILE

26

REMBOURSEMENT
AUTOMATISÉS ET RAPIDES

27

MIEUX ÉVALUER
VOS DÉPENSES

28

2

VOS SERVICES

web et mobile

Une fois votre adhésion et celle de vos bénéficiaires finalisées, vous bénéficiez d'un « Espace Assuré » personnel sur le site de votre centre de services : www.vivinter.fr ou sur l'application mobile VIVINTER téléchargeable sur les stores.

Pour vous accompagner, des vidéos tutorielles sont mises à votre disposition, en vous rendant sur la chaîne Youtube VIVINTER.

VOTRE ESPACE ASSURÉ ET VOTRE APPLICATION MOBILE

Quelles sont les fonctionnalités de mon espace assuré ?



DÉCOUVREZ VICTORIA,

l'assistance virtuelle de l'espace assuré VIVINTER qui répond à toutes vos questions.

HumaniA
VOUS AIDER, C'EST ESSENTIEL



POUR VOUS ACCOMPAGNER EN CAS DE DIFFICULTÉS

Vous rencontrez des difficultés familiales, financières, professionnelles ?

Auchan, en partenariat avec le Groupe HUMANIS, a souhaité vous offrir un service d'écoute spécifique : HUMANIA.

Quelles que soient les difficultés auxquelles vous êtes confrontés, des consultants sont à vos côtés pour vous accompagner, vous orienter et faciliter votre mise en relation avec les services et/ou les professionnels dont vous avez besoin.

HUMANIA À VOTRE ÉCOUTE
du lundi au samedi,
de 8h à 20h



0 970 824 222*

VOS REMBOURSEMENTS

automatisés et rapides

Vous pouvez bénéficier de la télétransmission (Noémie) entre votre CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et la mutuelle AUCHAN pour vos dépenses de santé. Ce service vous dispense d'envoyer vous-même vos décomptes de sécurité sociale à VIVINTER.

Comment bénéficier de la télétransmission ?

Adressez à VIVINTER (au moment de votre affiliation ou en cas de changement de caisse), la copie de votre attestation de droits Sécurité sociale et éventuellement, celle de vos bénéficiaires (uniquement s'ils n'ont pas leur propre organisme complémentaire). Rendez-vous sur votre Espace salarié <https://salarie.vivinter.fr>.

Que faire si la télétransmission n'est pas activée ?

Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, vous devez nous transmettre les décomptes de remboursements délivrés par la Sécurité sociale reçus par courrier ou téléchargeables sur votre compte ameli, ainsi que les factures ou pièces complémentaires nécessaires au remboursement via votre Espace assuré/ Démarches/ Tiers payant/ Demander la mise en place de la télétransmission.

Quels sont les cas où la télétransmission ne fonctionne pas ?

- > Les conjoints / concubins / pacsés et leurs enfants déjà bénéficiaires de la télétransmission dans le cadre d'un autre contrat santé auprès de leur employeur.
- > Les personnes couvertes par un régime spécifique.



ASTUCES

POUR VÉRIFIER QUE LA TÉLÉTRANSMISSION FONCTIONNE

Rendez-vous sur votre compte ameli sur le site de la Sécurité sociale : ameli.fr
Le message suivant apparaît sur votre décompte Sécurité sociale :
« Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire ».



TÉLÉCHARGEZ VOTRE CARTE DE TIERS PAYANT

Depuis votre Espace assuré, vous pouvez à tout moment télécharger et imprimer votre carte de tiers payant.



GÉOLOCALISEZ UN MÉDECIN PARTENAIRE DEPUIS VOTRE ESPACE ASSURÉ VIVINTER OU DEPUIS L'APPLICATION MOBILE VIVINTER

Pour trouver un professionnel de santé pratiquant le tiers payant, rendez-vous sur www.vivinter.fr

Effectuez ensuite votre recherche selon le critère de votre choix : spécialité (pharmacien, laboratoire, opticien...), département, ville.



MIEUX ÉVALUER

vos dépenses

Pour obtenir une estimation du montant de vos remboursements, faites vos demandes de devis depuis votre Espace assuré VIVINTER : www.vivinter.fr, le site de notre centre de services ou sur votre application mobile.

Demander un devis



Pour un devis dentaire

Envoyez un devis établi par votre dentiste indiquant pour chaque dent ou élément*, depuis votre espace assuré, rubrique « Démarches / Transmettre un devis ».



Pour des frais d'optique

Envoyez votre demande avec un devis détaillé de votre opticien en indiquant séparément :

- 👉 le prix de la monture
 - 👉 le prix des verres
 - 👉 le code LPP
- depuis votre espace assuré.



Pour toute autre estimation

(appareillage, fauteuil roulant...)

Envoyer le devis remis par votre praticien mentionnant obligatoirement :

- 👉 la nature et le prix détaillé des frais d'appareillages
- 👉 les honoraires des praticiens
- 👉 le code CCAM

depuis votre espace assuré.



Pour une prise en charge hospitalière

Effectuez directement votre demande depuis votre espace assuré, rubrique « Démarches / Prise en charge hospitalière ».

Dès réception de ces informations, VIVINTER adresse à l'établissement l'attestation de prise en charge hospitalière 10 jours avant l'intervention.

* Le numéro de la dent, la lettre clé et le coefficient, le montant de chaque élément, les actes non remboursés par la Sécurité sociale ainsi que le motif de non prise en charge.

Pensez au 100% Santé

La réforme a été mise en place de manière progressive entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2021.

Le 100% Santé vous permet d'accéder à une large sélection d'équipements et de soins totalement remboursés dans 3 domaines :

L'OPTIQUE : les lunettes de vue

LE DENTAIRE : soins et actes prothétiques (couronnes, bridges, prothèses amovibles)

LES AUDIOPROTHÈSES : aides auditives

Pour chaque domaine, il existe différents paniers de soins :

- 👉 Le 100% Santé (pour une prise en charge intégrale)
- 👉 Le panier Maîtrisé (tarifs plafonnés)
- 👉 Le panier Libre (tarifs définis par le praticien sans minimum ni plafond)

Rapprochez-vous des experts VIVINTER pour plus d'informations.

ASTUCE

POUR LIMITER VOS DÉPENSES DE SANTÉ, CONSULTEZ UN MÉDECIN DPTAM/DPTAM-CO

RDV EN PAGE 7 OU SUR AMELI ANNUAIRE SANTÉ

● ● ●

Vous quittez l'entreprise

RESTEZ PROTÉGÉ UNE FOIS RETRAITÉ

30

FIN DE CONTRAT,
MAINTIEN DES GARANTIES GRÂCE À LA
PORTABILITÉ

30



RESTEZ PROTÉGÉ

une fois retraité

Conservez une couverture santé « AUCHAN » même après la fin de votre vie professionnelle. Que vous soyez retraité ou préretraité vous pouvez rester protégé.

Auchan propose à l'ensemble de ses retraités ou préretraités, une couverture santé pour la prise en charge de leurs frais médicaux.

Une plaquette d'information détaille l'ensemble de ce dispositif.
Elle est à votre disposition auprès de votre service RH ou auprès de VIVINTER,
Département Cotisations isolées au **01 70 91 39 20** ou **cotisations-iselees@vivinter.fr**

FIN DE CONTRAT, maintien des garanties grâce à la portabilité

Votre collaboration avec Auchan s'achève (fin de CDD ou rupture de contrat). Vous pouvez continuer à bénéficier des garanties prévoyance et santé.

Qui est concerné ?

Conformément à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, le maintien de la couverture santé et prévoyance est ouvert à tous les salariés en CDD ou CDI dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à l'indemnisation chômage. Cette disposition ne s'applique pas en cas de démission ou de licenciement pour faute lourde.

La portabilité de vos droits est pré-financée. De ce fait, aucune cotisation ne vous sera demandée après la rupture de votre contrat de travail au titre de la portabilité.

Quelle est la durée du maintien de garantie ?

Elle est égale à la durée de votre dernier contrat de travail chez Auchan, définie en mois entiers dans la limite de 12 mois.

Elle est maintenue sous réserve d'une indemnisation au titre du chômage. La cessation des allocations chômage fait également cesser le maintien des régimes. Vous êtes tenu d'informer VIVINTER de tout changement dans votre situation.



À NOTER

ATTENTION

Pour valider vos droits à la portabilité, vous devez adresser à VIVINTER votre attestation d'avis de prise en charge allocation Aide au Retour à l'Emploi (ARE).

Vous pouvez adresser ces documents depuis votre Espace assuré rubrique contact ou par courrier à :

VIVINTER - TSA 70 004
93 414 Saint Denis Cedex



Vos garanties Prévoyance*

MALADIE OU ACCIDENT, VOUS ÊTES EN ARRÊT DE TRAVAIL

32

AUCHAN COMPLÈTE VOS PRESTATIONS

33

QUAND L'ARRÊT SE PROLONGE, LA PRÉVOYANCE

34

DÉCOUVREZ VOS GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

35

DÉCOUVREZ VOS GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

36

QU'EST QU'UNE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES ?

37

* À L'EXCEPTION DES ENTREPRISES « PARTISANS DU GOÛT » ET « CŒUR DE NATURE »

MALADIE OU ACCIDENT

vous êtes en arrêt de travail

Grippe, bronchite, entorse... une maladie ou un accident peuvent vous empêcher de travailler. En cas d'arrêt maladie, seuls 50 % de vos revenus vous sont versés par la Sécurité sociale. Afin de compléter cette perte, Auchan vous verse un complément de salaire. Ces dispositions, d'excellent niveau, vont bien au delà des simples obligations légales.

Qui intervient pour vous indemniser ?

La Sécurité sociale :

Lors d'un arrêt de travail, la Sécurité sociale vous verse des indemnités journalières. Elles sont versées après un délai de carence de 3 jours en cas de maladie et sans délai de carence lors d'un accident du travail.

Auchan :

Pour vous garantir tout ou partie de votre salaire, Auchan complète les indemnités de la Sécurité sociale pendant une durée qui varie en fonction de votre ancienneté dans l'entreprise.

Le régime complémentaire de prévoyance d'Auchan :

Pour compenser en partie la perte de vos revenus, la prévoyance intervient en relais du maintien de salaire effectué par Auchan (minimum 90 jours d'arrêt continu de travail).

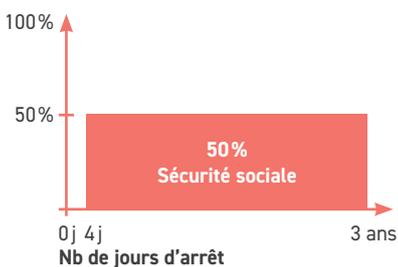


Comment est indemnisé votre arrêt de travail ?

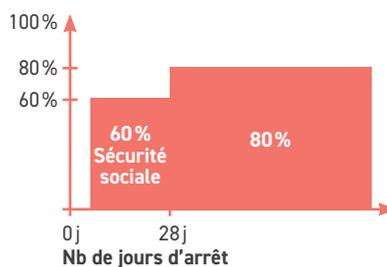
La Sécurité sociale vous verse des indemnités journalières. Une fois que vous avez adressé votre arrêt maladie à votre CPAM, des indemnités journalières vous sont versées directement tous les 14 jours. Le montant de ces indemnités journalières diffère selon que l'arrêt de travail fait suite à une maladie ou un accident du travail.

Conservez précieusement tous les documents reçus : ils pourront vous être demandés pour faire valoir vos droits au complément de salaire ou au dispositif de prévoyance.

EN CAS DE MALADIE



EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL



COMMENT BÉNÉFICIER DE VOS GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL ?

Vous êtes malade ou victime d'un accident ? Transmettez à votre caisse de Sécurité sociale, dans les 48 heures, la feuille de maladie signée par votre médecin. Vous devez également prévenir votre responsable dans les plus brefs délais et déposer vos justificatifs via votre self collaborateur : HR4YOU

AUCHAN COMPLÈTE

vos prestations

Pour assurer la continuité de vos revenus, Auchan complète, sous conditions d'ancienneté, les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Il s'agit du complément de salaire.

COMPLÉMENT DE SALAIRE

Si votre absence est prise en charge par la Sécurité sociale, vous serez indemnisé en fonction de votre ancienneté dans l'entreprise.

👉 Retrouvez toutes ces informations auprès de votre service RH.

Comment bénéficier du complément de salaire ?

Pour avoir droit au complément de salaire, dans le cas d'un arrêt de travail de moins de 3 jours, vous devez remplir les conditions cumulatives suivantes :

- 👉 totaliser 6 mois d'ancienneté,
- 👉 présenter un certificat médical,
- 👉 n'avoir eu aucune absence au cours des 12 derniers mois appréciés de date à date, à la veille de votre arrêt de travail.

Ne sont pas retenues comme absences :

- 👉 congé maternité ou d'adoption,
- 👉 les accidents du travail et de trajet,
- 👉 les absences autorisées pour circonstance de famille,
- 👉 les absences pour hospitalisation ainsi que la convalescence éventuelle consécutive, dans la limite de 30 jours,
- 👉 les absences pour exercice du mandat syndical et les congés d'éducation ouvrière, dans la limite des prescriptions légales,
- 👉 les congés payés.

Vous êtes arrêté plus de 3 jours

👉 Retrouvez toutes les informations concernant votre indemnisation, auprès de votre service RH.

Vous avez été hospitalisé et/ou vous êtes atteint d'une maladie entraînant un arrêt de travail de plus de 2 mois.

Dans ce cas, Auchan prendra à sa charge totalement le paiement de vos 3 premiers jours d'arrêt.



QUAND L'ARRÊT SE PROLONGE,

La prévoyance

Soucieux d'accompagner ses collaborateurs et leurs proches dans les situations difficiles de la vie, Auchan a mis en place un régime de prévoyance qui vous protège en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente et de décès.

Quel est le rôle de la Prévoyance ?

La prévoyance a pour objectif de compenser les pertes de revenus d'un collaborateur en cas d'impossibilité de travailler et ainsi, lui permettre de maintenir son niveau de vie dans des circonstances difficiles.

La prévoyance couvre principalement 3 risques :

- › **le décès** sous forme de capitaux et de rentes,
- › **l'incapacité**, et **l'invalidité** (arrêt de travail temporaire ou définitif), en complément des prestations de la Sécurité sociale.

Jusqu'alors, dans les dispositifs de prévoyance existants au sein d'Auchan, les garanties n'étaient pas harmonisées entre tous les collaborateurs (Employés, agents de maîtrise, Cadres) et entre toutes les entreprises du groupe (Hypermarchés-Corporate- ARS-ARA et ARL, Supermarchés, My Auchan, Auchan E-Commerce...).

C'est désormais chose faite. Dès le 1^{er} novembre 2021, **chacun va bénéficier des mêmes garanties** quel que soit son statut professionnel et son entreprise.

Ce nouveau régime de prévoyance présente notamment des évolutions significatives :

› **Le bénéfice d'une « rente de conjoint temporaire » pour tous.**

Cette garantie n'existait pas jusqu'alors pour l'ensemble des employés. Celle-ci est versée au conjoint marié du collaborateur décédé, pendant toute la durée où celui-ci ne peut prétendre à la pension de réversion (retraite) de son conjoint disparu.

Cette rente procure ainsi un certain soutien aux revenus de la famille en cas de décès du collaborateur.

› **Une harmonisation des montants des capitaux versés** entre les cadres, agents de maîtrises et les employés.

LE SAVIEZ-VOUS ?



LA PRÉVOYANCE AUCHAN : DES DISPOSITIFS D'EXCELLENT NIVEAU, QUI VONT BIEN AU-DELÀ DES SIMPLES OBLIGATIONS LÉGALES.

En cas d'arrêt de travail, pour vous garantir tout ou partie de votre salaire, Auchan a prévu de compléter les indemnités de la Sécurité sociale pendant une durée qui varie en fonction de votre ancienneté dans l'entreprise.

Ensuite, si votre arrêt se prolonge au-delà de 3 mois, et si vous ne percevez plus de complément de salaire, c'est le contrat de prévoyance Auchan qui prendra le relais.

Les garanties de l'assureur prévoient de vous verser une rente en cas d'invalidité (jusqu'à votre retraite).

Enfin, en cas de décès, votre famille sera protégée. Capital, rente éducation, allocation obsèques sont versés par l'assureur d'Auchan. ■

DÉCOUVREZ VOS GARANTIES

en cas d'arrêt de travail

GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL	EMPLOYÉS	AGENTS DE MAÎTRISE ET TECHNICIENS	CADRES
Incapacité temporaire (Vie privée ou Vie professionnelle)	Versement d'une indemnité journalière égale à :		
Franchise	90 jours d'arrêt de travail continus au minimum et en tout état de cause en relais de l'épuisement des droits du salarié au terme d'un arrêt continu, si ces droits sont > 90 jours		
Indemnité journalière (**)	65 % salaire de référence PRSS (*)	65 % salaire de référence - PRSS (*)	68 % salaire de référence - PRSS (*)
Incapacité permanente (Vie privée)	Rente annuelle servie mensuellement à terme échu		
1^{er} catégorie de la Sécurité sociale	45 % salaire de référence PRSS (*)	50 % salaire de référence - PRSS (*)	
2^e catégorie et 3^e catégorie de la Sécurité sociale	65 % salaire de référence - PRSS (*)		
Incapacité permanente (Vie professionnelle)	Rente annuelle servie mensuellement à terme échu		
Taux d'incapacité permanente « N » > à 66 %	65 % salaire de référence - PRSS (*)		
Taux d'incapacité permanente 33% < « N » > 66 %	45 % salaire de référence PRSS (*)	50 % salaire de référence - PRSS (*)	

À noter : Les pourcentages du salaire de référence de l'indemnité journalière des cadres sont exprimés différemment. Toutefois, le montage technique réalisé sur la participation patronale du risque arrêt de travail, permet à chaque collaborateur quel que soit son statut (employé ou encadrement), de bénéficier d'un revenu remplacement à hauteur de 80% de son salaire net.

(*) PRSS : Prestation de la Sécurité sociale.

(**) Garantie Incapacité temporaire accordée aux Employés & Ouvriers après 6 mois d'ancienneté.

QU'EST-CE QU'UNE INCAPACITÉ DE TRAVAIL ?

L'incapacité de travail désigne l'état d'une personne qui se trouve dans l'impossibilité provisoire ou permanente de travailler ou d'effectuer certaines tâches liées à son travail. Elle est définie par le médecin traitant qui délivre à son patient un arrêt de travail. ■

QU'EST-CE QUE L'INVALIDITÉ ?

Est définie comme invalide, par la Sécurité sociale toute personne atteinte d'une affection réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gains.

CATÉGORIE 1 : Assuré invalide pouvant travailler à temps partiel.

CATÉGORIE 2 : Assuré invalide absolument incapable de travailler.

CATÉGORIE 3 : Assuré invalide absolument incapable de travailler et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne. ■



DÉCOUVREZ VOS GARANTIES

en cas de décès

GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS	ENSEMBLE DES COLLÈGES
Décès/invalidité absolue et définitive toutes causes	
Célibataire, veuf, divorcé, séparé sans enfant à charge	225 % du salaire de référence
Marié, partenaire lié par un PACS, concubin (depuis au moins 2 ans reconnu par acte notarié) sans enfant à charge	255 % du salaire de référence
Salarié avec un enfant à charge	305 % du salaire de référence
Enfant supplémentaire à charge	50 % du salaire de référence
Double effet (Décès simultané ou postérieur du conjoint)	
	Versement d'un capital d'un montant égal à celui du capital décès toutes causes, réparti par parts égales entre les enfants.
Allocations obsèques	
Décès du salarié, du conjoint, d'un enfant à charge	100 % PMSS (*)
Enfant de moins de 12 ans	100% PMSS Limité aux Frais réels
Rente éducation	
Rente annuelle servie par quart trimestriellement à terme échu	
Rente éducation par enfant à charge	
Jusqu'au 11 ^e anniversaire	5 %
Du 11 ^e au 18 ^e anniversaire	7 %
De 18 ans jusqu'au 26 ^e anniversaire	12 %
	La rente est doublée pour les orphelins de père et de mère. Au-delà de 26 ans, la rente est versée viagèrement pour les enfants handicapés.
Rente de conjoint	
Rente annuelle servie par quart trimestriellement à terme échu	
Rente temporaire	5 % du salaire de référence

(*) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 428 € au 01/01/2021)

QU'EST-CE QUE LE SALAIRE DE RÉFÉRENCE ?

Salaires perçus au cours des douze derniers mois qui précèdent l'évènement. ■

Tranches 1 et 2 : tranches de rémunération brute.

La tranche 1 allant de 0 à 1 fois le plafond de la Sécurité sociale (de 0 à 41 136 € pour l'année 2021).

La tranche 2 : allant de 1 à 8 fois le plafond de la Sécurité sociale (de 41 136 € à 329 088 € pour l'année 2021).

QU'EST-CE QU'UNE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES ?

Un décès peut avoir des conséquences financières importantes pour vos proches. Le versement du capital décès prévu par le contrat prévoyance d'Auchan peut donc être d'un grand secours pour les aider à faire face à cette situation.

Les bénéficiaires de ce capital décès peuvent être choisis selon deux alternatives. Votre choix est totalement libre.

- Vous choisissez la désignation contractuelle standard car elle correspond au mieux à votre situation et votre volonté. Le capital décès sera versé :
 - à votre conjoint,
 - à défaut à vos enfants, par parts égales entre eux,
 - à défaut à votre partenaire de PACS,
 - à défaut, à vos père et mère, par parts égales,
 - à défaut à votre concubin (reconnu par acte notarié),
 - à défaut, à vos autres héritiers, par parts égales.

Aucune action de votre part est nécessaire. Cette clause s'applique automatiquement en cas de décès.

- Vous choisissez de désigner vous-même vos bénéficiaires car la désignation contractuelle standard correspond pas à votre situation ou à votre volonté :

Il faut effectuer une désignation de bénéficiaires. Rapprochez-vous de votre Chargé de Ressources Humaines pour en connaître les modalités. **Mais attention, dans ce cas, sans modification expresse ultérieure, c'est la personne désignée qui percevra le capital, même si votre situation de famille évolue.**

C'est la dernière désignation connue qui sera appliquée par l'assureur.

Qu'est-ce que la rente éducation ?

La rente d'éducation a pour objectif de pourvoir aux besoins financiers de ou des enfants de l'assuré dans le cadre de leurs études. Elle se matérialise par le versement d'une rente trimestrielle, aux enfants à charge de l'assuré décédé ou reconnu en état d'invalidité permanente et définitive. Elle est versée jusqu'au 26 ans de ou des enfants, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études.

Qu'est-ce que la rente de conjoint temporaire ?

La rente de conjoint est une rente trimestrielle versée au conjoint survivant (conjoint marié). Cette garantie a pour but de mettre votre conjoint à l'abri des problèmes financiers lors de votre décès. Rente versée jusqu'à la date de l'obtention de la pension de réversion du ou des régimes de retraite complémentaire (ARRCO et / ou AGIRC).

Vos cotisations

Cotisations du contrat Incapacité – Invalidité–Décès
Elles sont calculées sur les tranches de rémunération brute.

	PART SALARIÉ		PART EMPLOYEUR	
	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 1	Tranche 2
Employé	0,380 %	0,380 %	0,953 %	0,953 %
Agent de maîtrise	0,333 %	0,333 %	0,885 %	0,885 %
Cadre	0,141 %	1,817 %	2,020 %	2,582 %

MON BLOC NOTE PRÉVOYANCE

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Lexique

LEXIQUE
42

1

2

3

5



A

Affection longue durée

Affection dont la gravité et / ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et un traitement particulièrement coûteux, et pour laquelle le ticket modérateur est supprimé. La liste de ces affections longue durée dites « exonérantes » ("ALD 30") est fixée par décret.

Auxiliaires médicaux

Sous le vocable "auxiliaires médicaux" sont regroupés kinésithérapeutes, infirmiers, podologues, orthophonistes, orthoptistes. Ils ont tous le même taux de remboursement et ne pratiquent généralement pas de dépassement d'honoraires.

Ayants droit

Membres de la famille (conjoint, concubin, enfants...) couverts par le régime Frais de santé Auchan, sauf s'ils justifient de leur couverture par un autre régime collectif et obligatoire.

B

Base de remboursement

La Sécurité sociale définit pour chaque type de prestation de santé une Base de remboursement (BR) qui sert de référence pour le calcul de ses remboursements.

BRR

Il s'agit de la base de remboursement appliquée pour un acte hors nomenclature (non pris en charge par la sécurité sociale).

C

Conjoint

Sont assimilés au conjoint marié :

- le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- le concubin, sur déclaration sur l'honneur du salarié et si la vie commune peut être prouvée sous la forme d'un justificatif d'un domicile commun.

Contrat responsable

Il doit répondre à un certain nombre d'obligations légales (prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, du ticket modérateur pour certaines consultations et actes, de deux prestations liées à la prévention...) et d'interdictions (absence de prise en charge de la participation forfaitaire d'1 €, limitation à une paire de lunettes tous les 2 ans, limitation du remboursement de la monture des lunettes à 100 € maximum par équipement, plafonnement des remboursements des dépassements d'honoraires de consultation de médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

Conventionné

Acte médical ou chirurgical reconnu par la Sécurité sociale et remboursé par celle-ci selon un pourcentage établi. Se dit aussi d'un praticien qui a signé une convention avec la Sécurité sociale concernant le montant des honoraires qu'il applique pour ses soins.

D

DPTAM (anciennement OPTAM)

Accord entre les médecins conventionnés du secteur 2 et l'Assurance Maladie. Il a pour but d'organiser, contrôler et encadrer les dépassements d'honoraires.

E

Enfants à charge pour le régime Frais de santé

Sont ayants droit les enfants du salarié et ceux de son conjoint (ou assimilé) qui :

- sont à charge au sens de la Sécurité sociale et vivent au foyer ;
- sont étudiants à plein temps et âgés de moins de 26 ans ;
- sont en apprentissage (ou équivalent) et âgés de moins de 26 ans ;
- sont demandeurs d'emploi pendant une durée d'un an au maximum et âgés de moins de 26 ans ;
- sont handicapés, quel que soit leur âge et dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunérée, et perçoivent à ce titre des allocations, y compris les enfants handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %, s'ils justifient d'une rémunération inférieure au SMIC.

Enfants à charge pour le régime Incapacité-Invalidité-Décès

Sont ayants droit les enfants du salarié et ceux de son conjoint (ou assimilé) qui :

- sont âgés de moins de 21 ans et n'exercent pas une activité donnant lieu à une rémunération supérieure au SMIC ;
- sont étudiants et âgés de moins de 26 ans ;
- n'exercent pas une activité stable et durable pendant une durée d'un an au maximum et âgés de moins de 26 ans ;
- sont handicapés (quel que soit leur âge) et dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunérée, et perçoivent à ce titre des allocations, y compris les enfants handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %, s'ils justifient d'une rémunération inférieure au SMIC.

F

Forfait journalier

Part du prix de journée d'hospitalisation qui n'est jamais prise en charge par la Sécurité sociale. Le forfait journalier est en totalité à la charge de l'assuré social. Son montant est fixé par arrêté.

Frais réels

Dépense réelle engagée. La somme des remboursements des organismes obligatoires et ceux des complémentaires ne peut en aucun cas dépasser les frais réels.

Franchise médicale

La franchise est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de 0,50 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple), 0,50 € par acte paramédical et de 2 € par

transport sanitaire. La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Toutes les personnes sont concernées par la franchise, sauf les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME), les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement).

I

Indemnité journalière de Sécurité sociale (IJSS)

Indemnisation versée par la Sécurité sociale lors d'un arrêt de travail suite à une maladie ou un accident. Ces indemnités journalières sont équivalentes à 50 % du gain journalier de base dans la limite de 1,8 SMIC. Elles ne sont versées qu'à compter du 4^e jour d'arrêt de travail, les trois premiers jours constituant le « délai de carence ».

Invalidité

L'invalidité est définie comme la réduction définitive, totale ou partielle, de certaines fonctions physiques, intellectuelles et/ou psychosensorielles.

M

Médecin conventionné Secteur 1

Applique le tarif conventionnel (la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale) et n'est pas autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires, sauf en cas de demande particulière du patient.

Médecin conventionné Secteur 2

Pratique des honoraires libres et est autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires « avec tact et mesure ».

Médecin non conventionné

N'a pas signé de convention avec la Sécurité sociale et fixe librement ses tarifs.

Ses honoraires sont remboursés par la Sécurité sociale et par le régime Frais de santé sur la base d'un tarif d'autorité, très inférieur aux bases de remboursement des médecins conventionnés.

O

OPTAM - OPTAM-CO (aujourd'hui appelé DPTAM)

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens) est un contrat signé entre la Sécurité sociale et les médecins. Des praticiens de secteur 1 peuvent aussi, sous certaines conditions, y adhérer. Le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ne fait l'objet d'aucune limitation par le décret. Les médecins adhérents s'engagent à ne pas augmenter leurs honoraires libres durant trois ans et à effectuer une partie de leurs consultations aux tarifs conventionnés. Non seulement les patients ont accès à des honoraires libres "gelés" pendant trois ans, mais ils sont mieux remboursés par la Sécurité sociale.

P

Parcours de soins

Tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés. Ce parcours tend à rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Le respect de ce dispositif conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé par la Sécurité sociale.

Dans les situations d'urgence et lorsque l'assuré se trouve éloigné de sa résidence habituelle, il peut consulter un médecin autre que son médecin traitant sans risque de minoration de ses remboursements.

À savoir : les chirurgiens-dentistes ne sont pas concernés par le parcours de soins. Ils peuvent être consultés directement : la prise en charge de leurs soins est invariable, que le patient ait un médecin traitant ou non.

Participation forfaitaire d'1 euro

Depuis le 1^{er} janvier 2005, une participation d'1 € est demandée aux assurés de plus de 18 ans pour chaque consultation, examen ou analyse.

Pharmacie

Les médicaments sont remboursés par la Sécurité sociale à 100 % (médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux), à 65 % (médicaments à service médical rendu majeur et important), à 30 % (médicaments à service médical rendu modéré et médicaments homéopathiques), à 15 % (médicaments à service médical faible) ou ne sont pas pris en charge.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Valeur servant de base de calcul à la Sécurité sociale (soit 3 428 € en 2021). Elle est utilisée pour définir le montant de certaines prestations, exprimées en pourcentage de PMSS.

R

Rente de conjoint temporaire

Rente versée jusqu'à la date de l'obtention de la pension de réversion du ou des régimes de retraite complémentaire (ARRCO et / ou AGIRC).

Rente de conjoint viagère

Rente versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

T

Ticket modérateur

Part de la Base de remboursement non prise en charge par la Sécurité sociale, qui doit être remboursée par les régimes Frais de santé complémentaires. Par exemple, la Base de remboursement de la Sécurité sociale est de 25 € pour la consultation d'un médecin généraliste adhérent OPTAM. La Sécurité sociale prend en charge 70 % de ce montant.

Le ticket modérateur (ou TM) est de 30 % de 25 € (soit 7,50 €).

VOS CONTACTS

POUR VOTRE ADHÉSION OU DISPENSE

Rendez-vous sur :

> Internet : <https://salarie.vivinter.fr>



POUR VOS REMBOURSEMENTS ET DÉMARCHES DE SANTÉ



UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE

CENTRE DE SERVICES VIVINTER

Rendez-vous sur :

> Internet : <https://www.vivinter.fr>

ou sur l'application mobile VIVINTER en scannant
le QR Code (Disponible sur Google Play et Apple Store).



> Par téléphone : 01 70 91 39 01

> Par courrier : VIVINTER
TSA 70 004
93 414 SAINT Denis Cedex

POUR TOUT CHANGEMENT DE SITUATION LIÉ À VOTRE SITUATION DE FAMILLE

Ne contactez pas VIVINTER, vous devez obligatoirement utiliser
l'application **HR4YOU**.

