



Mon livret **Frais de Santé**

Ensemble du personnel

Janvier 2026

Ce livret résume les principales garanties du contrat d'assurance frais de santé souscrit auprès de AG2R avec le conseil du groupe Diot-Siaci — Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris Cedex 17 — et son centre de services VIVINTER. L'objet de ce livret est de vous présenter et de vous décrire les principales prestations santé auxquelles vous avez droit ainsi que leurs conditions d'application. Il ne remplace pas la notice d'information qui doit être établie par l'organisme assureur et qui vous est communiquée par votre employeur. Pour maintenir votre couverture santé à son niveau actuel, il est important que chacun prenne conscience que la qualité et le coût du régime Frais médicaux sont directement liés à une consommation médicale raisonnable.

Mon contrat

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

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

Le régime de base souscrit par votre entreprise respecte les dispositions du contrat responsable, tel qu'il résulte des articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le régime surcomplémentaire ne respecte pas ces dispositions.

Bénéficiaires du contrat

Vous en tant que salarié de l'entreprise ainsi que vos ayants droit tels que définis ci-dessous :

- **Le conjoint :**

- le conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale, ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ;
- le concubin notoire ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité.

Le salarié adhérent devra pouvoir justifier de sa situation à tout moment (livret de famille, certificat de concubinage et justificatif de domicile commun, contrat de pacte civil de solidarité).

- **Les enfants à charge :**

- les enfants de moins de 18 ans à charge, au sens de la législation de la Sécurité sociale, du salarié ou de son conjoint ou de son concubin,
- les enfants de moins de 26 ans à charge au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants du salarié auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :
 - pris en compte dans le calcul du quotient familial ;
 - ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
 - ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que le salarié est autorisé à déduire de son revenu imposable.

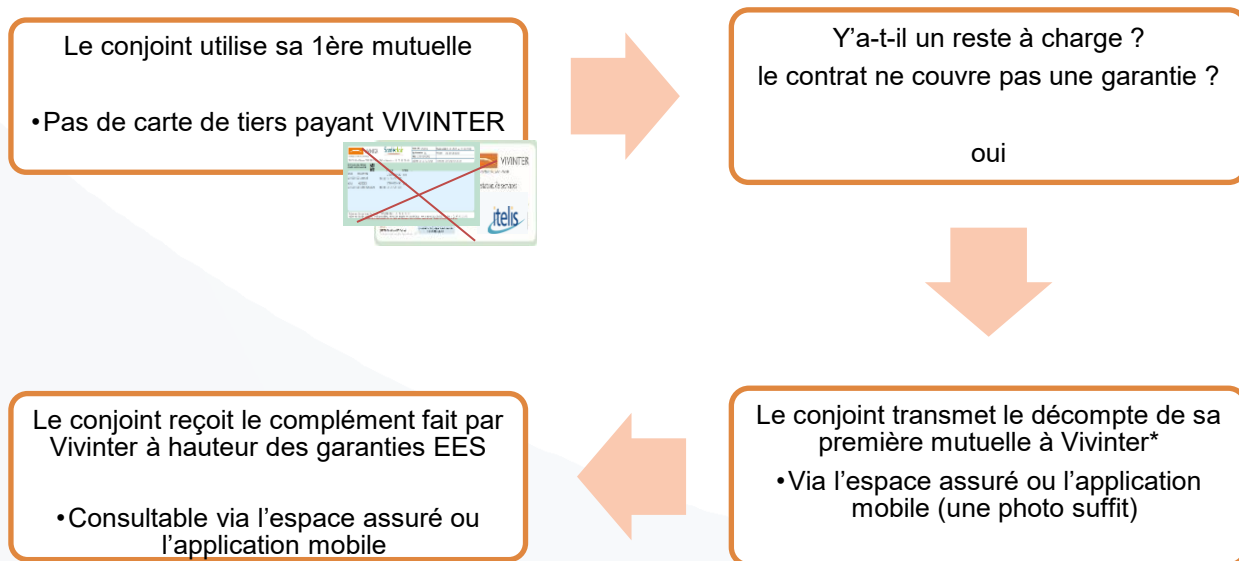
- **Les ascendants à charge :**

Sont considérés comme à charge les ascendants fiscalement à charge.

Connexion NOEMIE des conjoints

Votre conjoint bénéficie-t-il d'une mutuelle par ailleurs c'est-à-dire par l'intermédiaire de son employeur ou à titre individuel ?

Si oui, alors il restera couvert chez Vivinter mais ne sera pas en connexion NOEMIE.



* Pour les garanties qui ne sont pas couvertes par votre propre contrat, il convient de demander à votre mutuelle un décompte à 0€ ou l'attestation de non couverture.

Si non (par exemple, fonctionnaire, commerçant, sans emploi..), alors il devra justifier de sa situation en fournissant un document justificatif.

Comment le conjoint demande la télétransmission à sa première mutuelle ?

Votre conjoint adresser une demande de télétransmission à sa propre mutuelle en joignant son attestation de droit Sécurité sociale (disponible sur son compte AMELI).

Formalités d'affiliation et modification

L'affiliation au contrat de base est obligatoire.

Votre contrat prend effet à votre date d'embauche.

Dès votre entrée dans la société, vous devez compléter un bulletin d'affiliation au régime, que vous devez renvoyer à VIVINTER affiliations@vivinter.fr, accompagné de l'attestation de droits Sécurité sociale, ainsi que celle de vos ayants droit, s'ils ont leur propre numéro de Sécurité sociale, et d'un RIB (au format IBAN/BIC). Tous les justificatifs à fournir sont indiqués dans le bulletin d'affiliation.

Choix de la surcomplémentaire

L'affiliation à la surcomplémentaire est facultative et peut être demandée :

- A la date de mise en place, soit au 1^{er} janvier 2025 si la demande est faite avant le 31/12/2024,
- à la date d'entrée dans l'entreprise lorsque la demande est reçue dans les 30 jours suivant ladite date,
- à la date de changement de situation familiale (mariage, PACS, naissance, divorce, rupture de PACS, rupture de concubinage), lorsque la demande est reçue dans les 30 jours suivant ladite date,
- au premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande.

À SAVOIR

En cas de de changement de la composition familiale (mariage, naissance, divorce, décès d'un ayant droit, signature d'un PACS), vous devez prévenir VIVINTER dans les 30 jours, pour une prise en compte dès la date de l'événement. À défaut, la date de prise d'effet est le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande. Rendez-vous sur [www.vivinter.fr/Espace assuré](http://www.vivinter.fr/Espace%20assuré).

Les ayants droits du régime de base doivent être les mêmes sur le régime surcomplémentaire.

Cessation des garanties

Vos garanties cessent pour vous et vos ayants droit dès :

- que votre contrat de travail est rompu, sauf en cas de maintien tel que prévu ci-dessous,
- que vous sortez du groupe assuré (notamment à la fin de cumul emploi retraite),
- l'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf si vous bénéficiez du dispositif de cumul emploi retraite, ou l'attribution de la pension pour inaptitude au travail,
- la résiliation de ce contrat.

En cas de résiliation de la surcomplémentaire :

Il est possible de résilier la surcomplémentaire après une année complète d'adhésion.

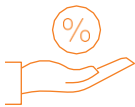
Il ne sera ensuite possible d'y souscrire à nouveau qu'après un délai de 2 années civiles complètes suivant la cessation de l'affiliation initiale (sauf changement de situation de famille).

Cotisation mensuelle de la surcomplémentaire

	SURCOMPLEMENTAIRE
	100% à votre charge
CADRE, NON CADRE	0,11% PMSS* = 4,41 €/mois

*PMSS 2026 : 4 005 €

Mon tableau des garanties



NATURE DES PRESTATIONS	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE REGIME DE BASE OBLIGATOIRE RESPONSABLE En complément de la Sécurité sociale Dans la limite des frais engagés	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE FACTULTATIF En complément du régime de base
HOSPITALISATION* (y compris frais de maternité) - Frais de séjour - Forfait journalier hospitalier - Honoraires avec dépassements maîtrisés conventionné OPTAM / OPTAM-ACO - Honoraires avec dépassements libres conventionné NON OPTAM / OPTAM-ACO - Chambre particulière - Frais d'accompagnant dont frais annexes pour enfant de moins de 16 ans - Service psychiatrie, maison de santé privée pour maladies nerveuses ou mentales ; maison de repos ou de convalescence, établissement de postcures, établissement ou unité à caractère sanitaire	Conventionné : 100 % FR - RSS dans la limite de 400 % BR Non conventionné : 80 % FR dans la limite de 400 % BR 100 % Frais réels 400 % BR 100 % BR + TM 3 % PMSS par jour 2 % PMSS par jour Conventionné : 100 % FR - RSS Non conventionné : 80 % FR - RSS	300 % BR
SOINS COURANTS* - Médecin généraliste avec dépassement maîtrisés OPTAM/OPTAM-ACO - Médecin généraliste avec dépassement libres NON OPTAM/OPTAM-ACO - Médecin spécialiste avec dépassement maîtrisés OPTAM/OPTAM-ACO - Médecin spécialiste avec dépassement libres NON OPTAM/OPTAM-ACO - Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassement maîtrisés OPTAM/OPTAM-ACO - Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassement libres OPTAM/OPTAM-ACO - Imagerie médicale avec dépassements maîtrisés OPTAM/OPTAM-ACO - Imagerie médicale avec dépassements libres NON OPTAM/OPTAM-ACO - Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) - Séances psychologues remboursées par la Ss** - Analyses et examens de laboratoires remboursés par la Ss - Analyses et examens de laboratoires non remboursés par la Ss - Médicaments remboursés Ss - Médicaments prescrits non remboursés Ss (y compris vaccins, sauf vaccins anti grippe cf. poste prévention) - Matériel médical	100 % BR 80 % BR 150 % BR 100% BR + TM 150 % BR 100% BR + TM 140% BR 90% BR + TM 130 % BR 100 % TM (maximum 12 séances / an) 130 % BR 7 % PMSS par an et par bénéficiaire 100% TM 160 € par an et par bénéficiaire 400 % BR	170 % BR
TRANSPORT Frais de Transport remboursés Ss et prescrit médicalement (hors cure thermale)	100 % BR	
DENTAIRE - Soins et prothèses dentaires 100% SANTE (à compter du 1er janvier 2020)¹ - Soins dentaires (hors 100% santé) - Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif maîtrisé - Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif libre - Couronnes et inter de bridge pour dents visibles, canines, incisives et 1ère prémolaires (hors 100% Santé) à tarif maîtrisé - Couronnes et inter de bridge pour dents non visibles, 2ème prémolaires et molaires (hors 100% Santé) à tarif maîtrisé - Couronnes et inter de bridge pour dents visibles, canines, incisives et 1ère prémolaires (hors 100% Santé) à tarif libre - Couronnes et inter de bridge pour dents non visibles, 2ème prémolaires et molaires (hors 100% Santé) à tarif libre - Autres prothèses remboursées ou non par la Ss (appareil dentaire) - Inlay Core (hors 100% Santé) à tarif maîtrisé - Inlay Core (hors 100% Santé) à tarif libre - Implantologie - Orthodontie remboursée par la Ss - Orthodontie non remboursée par la Ss - Parodontologie remboursée par la Ss - Parodontologie non remboursée par la Ss - Actes dentaires non remboursés par la Ss (hors blanchiment), (ex : gouttière...)	HLV - Ss 130 % BR 450 % BR, dans la limite du HLV-Ss 450 % BR 500 % BR, dans la limite du HLV-Ss 450 % BR, dans la limite du HLV-Ss 500 % BR 450 % BR 500 % BR ou reconstituée 450 % BR, dans la limite du HLV-Ss 450 % BR Scanner dentaire : 7 % PMSS par an et par bénéficiaire Implant + Pilier : 37,5 % PMSS par implant max 2 par an et par bénéficiaire 300 % BR 300 % BRR 230 % BR 30 % PMSS par an et par bénéficiaire 7 % PMSS par an et par bénéficiaire	
OPTIQUE² 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de - de 16 ans hors exception et à 6 mois pour les enfants de - 6 ans sous conditions - Equipements 100% SANTE (à compter du 1^{er} janvier 2020)³ - Monture - Verre - Suppléments optique - Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien - Lentilles remboursées par la Ss - Lentilles non remboursées par la Ss (y compris lentilles jetables) - Opération de la myopie, chirurgie suite à un défaut visuel de l'œil y compris implant oculaire	PLV - Ss 100 € - Ss cf. grille optique 100% TM 100% TM dans la limite de 100 % PLV - Ss 12 % PMSS par an et par bénéficiaire, au-delà du forfait : 100 % 12 % PMSS par an et par bénéficiaire 1 040 € par œil	
AIDES AUDITIVES⁴ 1 équipement par oreille, tous les 4 ans suivant la date de délivrance - Equipements 100% SANTE - Prothèse auditive à tarif libre pour les 21 ans et plus - Prothèse auditive à tarif libre pour les moins de 21 ans - Accessoires, entretien et piles remboursés par la Ss	PLV - Ss 500 % BR dans la limite de 1 700 € y compris Ss 500 % BR dans la limite de 1 700 € y compris Ss 100% TM	
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE - Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 - Prévention dentaire (vernis fluorés pour les enfants de 6 à 14 ans et test salivaire) - Dépistage prénatal non invasif - Dispositif apné du sommeil - Vaccin anti grippe non remboursé par la Ss (prescrit ou non) - Bilan de psychomotricité - Psychomotricité - Consultation de diététiciens et psychologue - Ostéopathe, Etiopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Podologue, Ergothérapie, Thérapie manuelle, Méthode Mézière	100% TM 40 € par an et par bénéficiaire 10 % PMSS par an et par bénéficiaire 7 % PMSS 3 % PMSS par an et par bénéficiaire 100 € par an et par bénéficiaire 40 € par séance, 5 séances maximum par an et par bénéficiaire 40 € par séance, 5 séances maximum par an et par bénéficiaire (toutes spécialités confondues) + ajout de la spécialité tabacologie 40 € par séance, 5 séances maximum par an et par bénéficiaire (toutes spécialités confondues)	
CURE THERMALE (les remboursements se font uniquement sur la base des décomptes Sécurité sociale) - Cure thermale remboursée Ss - limitée aux frais réels - Etablissement de postcures, maison de cures thermales	forfait de 20% du PMSS par an et par bénéficiaire dans la limite des frais réels , au-delà : 100% TM (Pour le transport et l'hébergement non remboursés par la SS, forfait versé sur présentation de justificatifs de dépenses) Conventionné : 100 % Frais réels Non conventionné : 80 % Frais réels	
FRAIS D'OBSEQUES De l'assuré, d'une personne à charge ou ayant droit - limité aux frais réels	30 % PMSS	
SERVICES - Réseau - Assistance	ITELIS VIVINTER ASSISTANCE	5

Verre à tarif libre	Adulte / par verre		Enfant / par verre	
	Unifocal	Multifocal	Unifocal	Multifocal
Verre simple verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	160 €		150 €	
Verre complexe verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptrie verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	184 €	300 €	192 €	192 €
Verre très complexe verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries		350 €		313 €

Légende :

FR : Frais Réels - **BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **Ss** : Sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur - **PMSS** : Plafond Mensuel Sécurité sociale - **RSS** : Remboursement Sécurité sociale - **PLV** : Prix limite de vente - **HLV** : Honoraire limite de vente

OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisé - Anesthésiste, Chirurgien, obstétricien

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

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

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

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

* En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

** Le psychologue doit : • Être diplômé ou avoir une expérience permettant d'attester d'un parcours consolidé en psychologie clinique ou en psychopathologie, • Être inscrit au registre national ADEL, • Avoir signé une convention avec la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif MonPsy.

Le 100% Santé

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

3 postes concernés



Audioprothèse et Optique

Création de deux paniers :

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



Dentaire

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

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

Pour plus d'information sur les modalités de gestion VIVINTER

Je télécharge le Viv'Pratique

QU'EST-CE QU'UN MÉDECIN «OPTAM» ET OPTAM ACO ?

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 DPTAM) ou praticien non signataire de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (NON OPTAM ou NON DPTAM).

OPTAM :

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

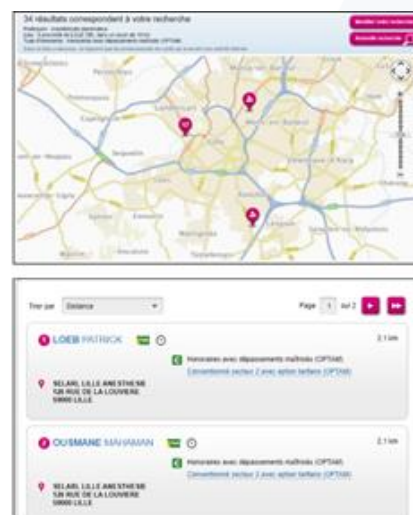
Il a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins pour les patients, grâce à une maîtrise des dépassements d'honoraires (non appliqués ou de façon modérée) et d'offrir un meilleur remboursement tant par la Sécurité sociale que par la complémentaire Santé.

Le praticien NON OPTAM 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 (100% de la Base de Remboursement (BR) + Ticket Modérateur).

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.



Mon réseau de soins itelis

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

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

[Je télécharge la documentation](#)

Mon service de téléconsultation

Si vous ne pouvez pas joindre votre médecin traitant, vous bénéficiez de la téléconsultation médicale AG2R joignable au numéro 01 55 92 14 64

Découvrez les services sur votre espace assuré du site www.vivinter.fr rubrique Mes documents utiles / VIVINTER ASSISTANCE

ou

[Je télécharge l'assistance médicale](#)

Mon service d'assistance

Vous bénéficiez de l'assistance VIVINTER ASSISTANCE joignable au numéro 01.41.92.46.56

Découvrez les services sur votre espace assuré du site www.vivinter.fr rubrique Mes documents utiles / VIVINTER ASSISTANCE

ou

[Je télécharge les services d'assistance](#)

Le fonds d'action social AG2R

Le fonds d'action sociale de l'assureur AG2R permet l'attribution d'une aide financière aux salariés et leurs ayants droits lorsque les garanties du contrat n'ont pas pu être mises en jeu ou qu'elles ne couvrent pas la totalité de la dépense.

[Je télécharge le flyer
Fonds d'action social AG2R](#)

Le fonds social santé ENGIE SOLUTIONS

Vous pouvez bénéficier du fonds social santé mis en place par ENGIE SOLUTIONS pour aider les salariés et leurs ayants droit au financement des frais liés aux dépenses de Santé restant à leur charge et qui ne seraient pas remboursés par la Sécurité sociale et la mutuelle ou avec un reste à charge important.

Le fonds social prévoyance ENGIE SOLUTIONS

Un fonds social a été mis en place pour aider au financement de frais en lien avec une incapacité de travail, une invalidité ou suite à un décès.

[Je télécharge
le flyer Fonds social
Santé](#)

[Je télécharge
le flyer Fonds social
Prévoyance](#)

Pour plus d'informations, rendez-vous sur votre *Espace assuré/ Situation/ Mes documents utiles*. Vous pourrez également y télécharger les formulaires de demande d'aide.

Portabilité des droits en matière de remboursement des frais médicaux

Depuis le 1er juin 2015 : Article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale – remboursement des frais médicaux., les anciens salariés remplissant les conditions prévues par l'article L. 911-8 peuvent bénéficier du maintien du régime de remboursement des frais médicaux 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.

Le maintien des garanties

Le maintien des garanties est accordé dans les conditions du contrat :

- Aux salariés bénéficiant d'une suspension de contrat de travail (congé sans solde, invalide...),
- Aux salariés bénéficiant 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.

La couverture à titre individuelle

Le service Couverture individuelle de Diot-Siaci peut proposer **aux anciens salariés et à leurs ayants droit** une complémentaire santé à titre individuel sur simple demande :

Diot-Siaci

Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17

commercial.indiv@s2hgroup.com

01 44 20 80 90

Dispenses de droit

Bien que le contrat de base soit obligatoire, le salarié a la faculté de refuser d'adhérer au régime sous réserve de justifier de sa couverture par ailleurs.

Ces demandes de dispense doivent être formulées par écrit dans les délais prévus à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale, être accompagnées, le cas échéant, de tous justificatifs nécessaires.

Qui est concernés ?

- Je bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) avec ou sans participation financière
- je suis couvert par une assurance individuelle frais de santé à la date de l'embauche. En revanche, à la date d'échéance, je devrais souscrire au contrat de base obligatoire de mon employeur.
- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,
- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

Cas particuliers de dispense en qualité d'ayant-droit :

Peuvent également bénéficier d'une dispense les salariés se trouvant couverts en tant qu'ayant droit par un autre régime frais de santé (généralement celui de leur conjoint, concubin ou partenaire de Pacs). Peu importe à cet égard que ce régime soit facultatif ou obligatoire pour les ayants droit.

Néanmoins, cette dispense n'est applicable qu'à deux moments :

- A l'embauche
- A la date de prise d'effet de la couverture par ailleurs en tant qu'ayant droit.

Pour les couples travaillant dans l'entreprise, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être, dans ce cas, en tant qu'ayant droit.

Dans tous les cas susvisés, **le salarié fera parvenir sa demande**, par écrit, accompagnée le cas échéant, du/des justificatif(s) **auprès de son service Ressources Humaines.**

Le maintien de la dispense d'adhésion est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs à l'employeur : à défaut, les salariés concernés seront immédiatement affiliés au régime.

En cas de dépenses de santé, les salariés dispensés ainsi que, le cas échéant, leurs ayants-droits, ne pourront en aucun cas bénéficier d'un quelconque remboursement de ces dépenses au titre du présent régime.

Les demandes de dispenses de couverture sont
gérées uniquement par votre employeur

Toute demande faite à Vivinter sera refusée

Mes contacts

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

L'application mobile Vivinter est également téléchargeable à tout moment sur Iphone & Android ou en scannant le QR Code ci-dessous.



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



01 70 91 39 01
(du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h00)



Votre espace assuré vous donne accès :

- au résumé des garanties
- aux remboursements et décomptes en ligne
- à la géolocalisation de professionnels de santé (opticien, dentiste, audiologue...)
- à la visualisation / au téléchargement et à l'impression de votre carte de tiers payant
- aux informations personnelles : gestion/modification, RIB, adresse postale...
- à une bibliothèque documentaire



J'accède à mon Espace assuré VIVINTER

Ce document a pour objet de donner une information synthétique sur les garanties souscrites et ne peut en aucun cas engager la responsabilité de l'assureur ou du gestionnaire

SEUL LE CONTRAT FAIT FOI ENTRE LES PARTIES.