




altice


SFR

Juillet 2025

Mon livret **Santé**

Ensemble du personnel

Groupe ALTICE France
Pôle Télécoms


Vivinter
Groupe DiotSiaci

Ce livret résume les principales garanties, applicables à compter du **1^{er} juillet 2025**, du contrat d'assurance frais de santé souscrit pour les salariés du **Groupe ALTICE** France Pôle Télécoms relevant des Conventions collectives Télécoms, ou Electronique/ Commerces/Services 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 santé

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

Votre régime de frais de santé « Famille » se compose d'un régime de base obligatoire pour tous les salariés et d'un régime supplémentaire facultatif. Le choix du régime vaut pour vous-même et pour vos ayants droit. En cas d'absence de choix, le régime de base obligatoire s'appliquera.

Le contrat régime de Base souscrit par votre entreprise respecte les dispositions du contrat responsable. Les contrats sur complémentaires sont quant à eux non responsables.



DÉBUT DES GARANTIES DU RÉGIME DE BASE

- À la date d'effet du contrat ;
- À la date d'embauche si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour le salarié et ses ayants droit :

- À la date de votre départ de l'entreprise (sauf en cas de portabilité des droits) ;
- En cas de suspension de votre contrat de travail dès lors que cette suspension ne donne pas lieu à une indemnisation (sauf dans le cas d'un maintien des garanties prévu ci-après) ;
- Au jour de votre départ en retraite ;
- En cas de décès du participant (sauf dans le cas d'un maintien des garanties prévu ci-après) ;
- A la date de résiliation du contrat collectif.

Bénéficiaires du contrat

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

Votre conjoint :

Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale.

Votre partenaire lié par un PACS (Pacte Civil de Solidarité), à défaut votre concubin non marié ni lié par un PACS à un tiers, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte Civil de Solidarité ou un justificatif du domicile commun devra être fourni, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi

Vos enfants célibataires, ceux de votre conjoint (ou partenaire de PACS ou concubin)

- jusqu'à leur **18^{ème} anniversaire**, s'ils sont à votre charge (ou à celle de votre conjoint, partenaire de PACS, concubin) au sens de la Sécurité sociale
- jusqu'à leur **20^{ème} anniversaire** s'ils sont à charge fiscale
- jusqu'à leur **28^{ème} anniversaire**, s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
 - être à la recherche d'un premier emploi, inscrit à France Travail et avoir terminé ses études depuis moins de 6 mois.
 - Effectuant un service civique ou l'ayant terminé depuis moins de 12 mois et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrit à France Travail (bénéfice des garanties pendant 12 mois maximum à compter de la fin du service civique).

L'enfant en cours de scolarité l'année de son 28^{ème} anniversaire reste couvert jusqu'à la fin de ladite année scolaire.

Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.



Formalités d'affiliation et modification

L'affiliation au contrat de Base est obligatoire.

Dès votre entrée dans la société (ou en cas de changement de situation de famille), vous devez compléter un bulletin d'affiliation au régime, que vous remettrez au service du personnel, accompagné de la copie de l'attestation de droits Sécurité sociale, ainsi que de celles de vos ayants droit, s'ils ont leur propre numéro de Sécurité sociale, et d'un RIB ou RICE.

Vous avez la possibilité de fournir un RIB distinct pour votre conjoint et/ou vos enfants en remplissant un formulaire disponible auprès de VIVINTER.

Vous pouvez adhérer au régime supplémentaire facultatif pour une durée minimale de deux ans, au 1^{er} jour de chaque trimestre, à condition que la demande ait été formulée 15 jours auparavant, soit :

- le **15 décembre, 15 mars, 15 juin, 15 septembre** pour une affiliation respectivement au 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet, 1^{er} octobre.

► Vous avez la possibilité de **revenir au régime de base** au terme d'une **période minimale de deux ans**, à condition d'en faire la demande **avant le 15 décembre** pour une prise en compte au 31 décembre.

► En cas de **changement de situation de famille** (mariage, naissance, divorce, séparation, rupture de Pacs, décès du conjoint ou d'un enfant, sortie du dernier enfant à charge) ou de réduction significative du temps de travail (réduction supérieure ou égale à 20% par rapport à la durée contractuelle précédemment en vigueur), la durée minimale des deux ans dans le régime supplémentaire facultatif est annulée. La modification est effective à partir du 1^{er} jour de chaque trimestre civil à condition que la demande ait été formulée au moins 15 jours auparavant.

► Un salarié ayant résilié son adhésion au régime supplémentaire facultatif pourra à nouveau adhérer sous réserve d'une **adhésion d'au minimum 3 an**.

Radiation

Ces clauses ne font pas obstacle à l'application des dispositions réglementaires concernant la résiliation infra-annuelle du contrat par le participant ou l'adhérent.

En cas d'exercice du droit à résiliation infra-annuelle du contrat facultatif, distinct du contrat obligatoire, une nouvelle affiliation du participant au présent contrat ne pourra être demandée.

À savoir



En cas de changement de la composition familiale (mariage, naissance, adoption, divorce, décès d'un ayant droit, signature d'un PACS), vous devez prévenir votre service du personnel par courrier ou tout autre moyen dans les 30 jours, pour une prise en compte dès la date de l'événement. À défaut, la date de prise d'effet est le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion mis à jour. En cas de changement d'adresse ou d'organisme bancaire, vous devez prévenir VIVINTER en envoyant un RIB (au format IBAN/BIC) sur [www.vivinter.fr/Espace assuré/ Démarches/ Gérer mes bénéficiaires](http://www.vivinter.fr/Espace%20assuré/Démarches/Gérer%20mes%20bénéficiaires) ou par courrier à :

VIVINTER – Département Affiliations - TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX

Tél. : 01 44 20 29 88 - www.vivinter.fr

Vos taux de cotisations

Vous trouverez ci-dessous votre cotisation, en PMSS, en pourcentage en de la rémunération* et en Euros,
À compter du 1^{er} juin 2025 :

		Régime général		Régime Alsace-Moselle	
		Part salariale	Part patronale	Part salariale	Part patronale
Régime de base obligatoire (responsable)					
Taux		1,470%	2,518%	0,968%	1,655%
Base	Rémunération mensuelle brute ou salaire de référence*	PMSS Soit 98,83 €	Rémunération mensuelle brute ou salaire de référence* Soit 64,96 €		
Régime surcomplémentaire (non-responsable)					
Taux		1,383%		0,844%	
Base	Tranche A des salaires Avec un minimum de : 36,50 € Et un maximum de : 54,29 €		Tranche A des salaires Avec un minimum de : 24,28 € Et un maximum de : 36,11 €		

**La rémunération mensuelle brute s'entend de l'ensemble des éléments de salaire soumis aux cotisations de Sécurité Sociale dans la limite de quatre plafonds mensuels de la Sécurité Sociale.
PMSS 2025 : 3.925 €*

Mon tableau des garanties 1/3



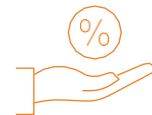
Altice France Pôle Télécoms NATURE DES PRESTATIONS AU 01/07/2025	REGIME DE BASE RESPONSABLE En complément des prestations de la Sécurité sociale (sauf mention contraire) et dans la limite des frais réels	REGIME SUPPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE FACULTATIF En complément du régime de Base et dans la limite des frais réels
HOSPITALISATION (1)		
Frais de séjour en établissement conventionné hors garanties non OPTAM ou non OPTAM-CO	100% FR*	-
Y compris sanatorium, préventorium et aérium		
Frais de séjour en établissement non conventionné hors garanties non OPTAM ou non OPTAM-CO	90% FR*	-
Y compris sanatorium, préventorium et aérium		
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100% FR*	-
Honoraires - Conventionné OPTAM / OPTAM-CO	100% FR*	-
Honoraires - Conventionné non-OPTAM / non-OPTAM-CO	100% BR + TM	100% FR*
Honoraires - Non-conventionné	100% TA + TM	90% FR*
Chambre particulière	3% PMSS / jour	-
Lit accompagnant d'un enfant de moins de 16 en Maison de parents pour une personne	2% PMSS / jour	-
SOINS COURANTS		
Consultation et visite généraliste - Conventionné OPTAM / OPTAM-CO	220% BR	60% BR
Consultation et visite généraliste - Conventionné non-OPTAM / non-OPTAM-CO	100% BR + TM	180% BR - TM
Consultation et visite généraliste - Non-conventionné	100% TA + TM	170% TA - TM
Consultation et visite spécialiste - Conventionné OPTAM / OPTAM-CO	220% BR	130% BR - TM
Consultation et visite spécialiste - Conventionné non-OPTAM / non-OPTAM-CO	100% BR + TM	250% BR - TM
Consultation et visite spécialiste - Non-conventionné	100% TA + TM	240% TA - TM
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - Conventionné OPTAM / OPTAM-CO	200% BR	100% FR*
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - Conventionné non-OPTAM / non-OPTAM-CO	100% BR + TM	100% FR*
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - Non-conventionné	100% TA + TM	100% FR*
Imagerie médicale OPTAM / OPTAM-CO	200% BR	100% FR*
Imagerie médicale non-OPTAM / non-OPTAM-CO	100% BR + TM	100% FR*
Auxiliaires médicaux (les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	200% BR	100% FR*
Séances psychologues remboursées par la sécurité sociale (7)	100 % TM	-
Analyses et examens de laboratoires	200% BR	100% FR*
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100% FR*	-
Matériel médical (appareillages, prothèses, produits et prestations non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques)	220% BR	180% BR
TRANSPORT		
Frais de Transport remboursés par la Sécurité sociale	100% TM	-
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% santé (A)	HLF - Ss (Reste à charge 0)	-
Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale	220% BR	200% BR
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie et parodontologie		
Consultation chirurgien-dentiste (hors garanties non-OPTAM ou non-OPTAM-CO)	220% BR	100% FR* limité à 400% BR en secteur Conventionné 90% FR* limité à 400% BR en secteur Non-conventionné
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarifs maîtrisés Dans la limite de 100% HLF-Ss	300% BR	160% BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarifs libres	300% BR	160% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : Piliers de bridge sur dent saine, élément supplémentaire de bridge et prothèses fixes unitaires sur dent saine (2)	301 €	193,50 €
Inlay Core 100% santé	HLF - Ss (Reste à charge 0)	-
Inlay Core à tarif maîtrisé dans la limite de 100% HLF-Ss	300% BR	160% BR
Inlay Core à tarif libre	300% BR	160% BR
Inlay Onlay à tarif maîtrisé dans la limite de 100% HLF-Ss	220% BR	200% BR
Inlay Onlay à tarif libre	220% BR	200% BR
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	280% BR (100% TM + 25 % BR au-delà) Maximum 3 actes / an / bénéficiaire	180% BR Maximum 3 actes / an / bénéficiaire
Implantologie non-remboursée par la Sécurité sociale :		
Implantologie - Racine (pose de l'implant)	8,90% PMSS Maximum 3 implants / an / bénéficiaire	5,30% PMSS Maximum 3 implants / an / bénéficiaire
Implantologie - Pilier sur implant (faux moignon implantaire)	3,50% PMSS Maximum 3 implants / an / bénéficiaire	2,20% PMSS Maximum 3 implants / an / bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (3)	17,7% PMSS / an / bénéficiaire	10,7% PMSS / an / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	200% BR	200% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	387 € / semestre Dans la limite de 6 semestres consécutifs	-

Mon tableau des garanties 2/3



Altice France Pôle Télécoms NATURE DES PRESTATIONS AU 01/07/2025	REGIME DE BASE RESPONSABLE En complément des prestations de la Sécurité sociale (sauf mention contraire) et dans la limite des frais réels	REGIME SUPPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE FACULTATIF En complément du régime de Base et dans la limite des frais réels
OPTIQUE	Réseau ITELIS OPTI 4	Réseau ITELIS OPTI 4
Equipements 100% santé (verres, monture, ...) (B)	PLV - Ss (Reste à charge 0)	-
Verres (cf. grille optique)	Voir GRILLE OPTIQUE	Voir GRILLE OPTIQUE
Monture	Maximum de 100 € y compris RSS	Si dans le réseau ITELIS : 50 € + 3,6 % PMSS hors réseau : 50 € + 2 % PMSS
Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien dans la limite de 100% PLV-Ss	100% TM	-
Lentilles remboursées ou nonpar la Sécurité sociale (4)	7% PMSS (minimum 100% TM)	2% PMSS
Opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser	50% PMSS / œil / bénéficiaire sur 2 ans	-
AIDES AUDITIVES (C)	Réseau ITELIS	Réseau ITELIS
	Par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance dans la limite des PLV	Par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance dans la limite des PLV
Equipements 100% santé	PLV - Ss (Reste à charge 0)	-
Prothèse auditive à tarif libre remboursée par la Sécurité sociale pour les 21 ans et plus	1 120 € y compris RSS	720 €
Prothèse auditive à tarif libre remboursées par la Sécurité sociale pour les moins de 21 ans	1 700 € y compris RSS	300 €
Accessoires, entretien et piles remboursés par la Sécurité sociale	100% TM	-
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE		
Dépose d'un Holter tensionnel	23 € / an / bénéficiaire	-
Médicaments et produits à base de nicotine prescrits dans un but de sevrage tabagique	3% PMSS / an / bénéficiaire	-
Dépistage de l'Hépatite B	200% BR	100% FR*
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	200% BR (2 séances maximum)	200% BR
Examen de dépistage de l'ostéoporose (ostéodensitométrie) passé entre 50 ans et 65 ans	25 € (1 consultation tous les 3 ans)	-
Ostéodensitométrie non-prise en charge par la Sécurité sociale	35 € (1 consultation tous les 2 ans)	20 € (1 consultation tous les 2 ans)
Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de 50 ans et plus	100% TM (1 consultation tous les 5 ans)	-
Vaccins prescrits remboursés par la Sécurité sociale	100% FR*	-
Vaccins anti-grippal prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	100% FR*	-
Médecines douces : Ostéopathe - Psychologue - Psychomotricien - Tabacologue - Diététicien Acupuncture - Sophrologie - Hypnothérapie (hors garanties non-OPTAM / non-OPTAM-CO) (5)	50 € / séance / an / bénéficiaire Dans la limite de 5 séances par an	-
Consultation chez un diététicien prescrite	1,25% PMSS / an / bénéficiaire	-
Séances d'activité physique en cas d'affection de longue durée sur prescription du médecin traitant	200 € / an / bénéficiaire	-
Connecteur Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres sur prescription médicale	100 € / an / bénéficiaire	-
Homéopathie prescrites et non prise en charge par la Sécurité sociale	60 € / an / bénéficiaire	-
CURE THERMALE		
Cure thermique : Frais médicaux, frais d'hébergement et frais de transport Pris en charge par la Sécurité sociale (hors garanties non-OPTAM ou non-OPTAM-CO)	15% PMSS / an / bénéficiaire	-

Mon tableau des garanties 3/3



Altice France Pôle Télécoms NATURE DES PRESTATIONS AU 01/07/2025	REGIME DE BASE RESPONSABLE En complément des prestations de la Sécurité sociale (sauf mention contraire) et dans la limite des frais réels	REGIME SUPPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE FACULTATIF En complément du régime de Base et dans la limite des frais réels
FRAIS DE MATERNITE (6)		
Consultations spécialistes - Médecins adhérant à l'OPTAM ou OPTAM-CO	150% BR	50% BR
Consultations spécialistes - Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR + TM	100% BR - TM
Accouchement normal - Médecins adhérant à l'OPTAM ou OPTAM-CO	150% BR	50% BR
Accouchement normal - Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR + TM	100% BR - TM
Accouchement chirurgical - Médecins adhérant à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100% FR*	-
Prestation identique en cas d'hospitalisation classique (un seul versement)		
Accouchement chirurgical - Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR + TM	100% FR* en secteur Conventionné 90% FR en secteur Non-conventionné
Prestation identique en cas d'hospitalisation classique (un seul versement)		
Radiographie - Médecins adhérant à l'OPTAM ou OPTAM-CO	150% BR	50% BR
Radiographie - Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR + TM	100% BR - TM
Analyses	150% BR	50% BR
Auxiliaires médicaux	150% BR	50% BR
Tous autres soins liés à l'accouchement (hors garanties non-OPTAM ou non-OPTAM-CO)	150% BR	50% BR
Chambre particulière	3% PMSS / jour	-
Forfait maternité	15% PMSS / Enfant	-
Assistance	PACK ANGEL	PACK ANGEL
Réseau	ITELIS	ITELIS
Téléconsultation	PACK ANGEL	PACK ANGEL

FR * : Frais réels sous déduction des prestations versées au titre de la sécurité sociales et des régimes obligatoires et complémentaires.

L'ensemble des prestations du régime de base obligatoire respectent l'ensemble des conditions (planchers, plafonds, obligations, interdictions...) de la réglementation applicable au cahier des charges des contrats responsables, telles que rappelées dans l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Légende :
FR : Frais Réels - **BR :** Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **Ss :** Sécurité sociale - **TM :** Ticket Modérateur - **TA :** Tarif d'Autorité
BRR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée - **PMSS :** Plafond Mensuel Sécurité sociale -
RSS : Remboursement Sécurité sociale - **PLV :** Prix limite de vente - **HLF :** Honoraire Limite de Facturation - **SC :** Secteur Conventionné - **SNC :** Secteur Non Conventionné
OPTAM : L'option pratique tarifaire maîtrisée destinée aux médecins spécialistes de secteur 2
OPTAM-CO : L'option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique de secteur 2

(1) L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale,
est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, seul le ticket modérateur est pris en charge. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier hospitalier (y compris en cas d'hospitalisation maternité) pour lequel le régime prend en charge l'intégralité de son montant sans limitation de durée.

(2) Les prothèses dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux dentaire ne sont pas remboursées.

(3) La parodontologie comprend par an et par bénéficiaire : Curetage/Surfaçage (2 séances), greffe gingivale (1 greffe), allongement coronaire (4 interventions), lambeau (4 interventions).

(4) Lentilles : 100% du TM quand la garantie a atteint sa limite pour les lentilles prises en charge

(5) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets. Les psychologues doivent disposer d'un numéro ADEL (répertoire national recensant les professionnels de santé réglementés en mentionnant leurs lieux d'exercice et leurs diplômes, qu'ils exercent en libéral ou salarial).

(6) Les honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne sont indemnisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale

(7) A compter du 1er avril 2022

(A) 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

(B) 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.

(C) 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.

Ma grille optique



GRILLE OPTI 4 - REGIME DE BASE

HORS PANIER 100% SANTE	Dans le réseau optique ITELIS			Hors réseau optique ITELIS		
Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de marques exclusivement	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verre Unifocal Remboursement * Incluant le RO ** et le TM En % du PMSS	Verre Multifocal Remboursement * Incluant le RO ** et le TM En % du PMSS
Faible	Verre aminci Traitement contre les rayures	Verre aminci Traitement contre les rayures	Intégal	Variables selon l'opticien	1,53%	4,08%
Modéré	Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			1,78%	4,59%
Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			2,17%	5,10%
Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			3,18%	5,61%
Très élevé					3,57%	6,11%
Monture jusqu'à 100 € y compris RO et TM				Monture	jusqu'à 100 € y compris RO et TM	
Equipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO et TM) à hauteur des Prix Limites de Vente						

* Par verre. ** Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie

GRILLE OPTI 4 - REGIME SURCOMPLEMENTAIRE EN COMPLEMENT DE LA BASE OBLIGATOIRE

HORS PANIER 100% SANTE	Dans le réseau optique ITELIS			Hors réseau optique ITELIS		
Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de marques exclusivement	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verre Unifocal	Verre Multifocal
					Remboursement *	Remboursement *
Faible	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	Intégal	Variables selon l'opticien	+ 150 €	+ 330 €
Modéré					+ 150 €	+ 370 €
Moyen	+ 175 €	+ 410 €				
Elevé	+ 265 €	+ 450 €				
Très élevé	+ 290 €	+ 480 €				
Monture : jusqu'à 50 € + 3,6% PMSS				Monture	Jusqu'à + 50 € + 2% PMSS	
Equipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO et TM) à hauteur des Prix Limites de Vente						

* Par verre. ** Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie

LIMITE DE CONSOMMATION

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 dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue, sous les conditions indiquées dans l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

L'ensemble des prestations de cette Grille Optique respectent les planchers et plafonds de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et monture) issus de l'annexe 2, ainsi que l'ensemble des autres dispositions sur les équipements optiques (conditions de renouvellement...), de l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales



Ma grille optique

OPTI

ANNEXE

Correction			
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Elevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre	Strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à 0

itelis | EN Confiance POUR MA SANTÉ

Prise en charge Hospitalière

- Depuis le 1^{er} avril 2022, vous avez accès au Tiers Payant Hospitalier dématérialisé
- Vous n'avez plus à envoyer de demandes de prises en charge à VIVINTER, l'établissement hospitalier s'occupe de tout. Seul votre reste à charge sera à régler.
- Il vous suffit de présenter votre carte vitale ainsi que votre carte de tiers payant.

Traitement des réclamations

- En cas de mécontentement, nous vous recommandons de prendre contact avec notre groupe, auprès de votre interlocuteur habituel.
- Sinon, vous pouvez adresser par écrit une réclamation à l'adresse de notre Service réclamation, TSA 70 004 - 93414 SAINT DENIS cedex.
- Dans ce cas, nous nous engageons à vous apporter une réponse sous deux mois maximums à compter de la réception de la totalité des éléments de votre réclamation ou, à défaut, de vous tenir informé du déroulement de son traitement si des circonstances particulières faisaient que nous ne serions pas en mesure de respecter cet engagement.
- Si vous restez en désaccord avec la réponse ou solution apportée, en dernier recours, la Médiation de l'Assurance peut être saisie par courrier : TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Mon réseau de soins

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.

itelis



3500

Opticiens

+
Un service de
mobilité à
domicile

**1 certification
obligatoire
pour tous les
opticiens du
réseau**

**8 principaux
verriers du
marché pratiquent
les Engagements
Confiance pour
tous nos
bénéficiaires**



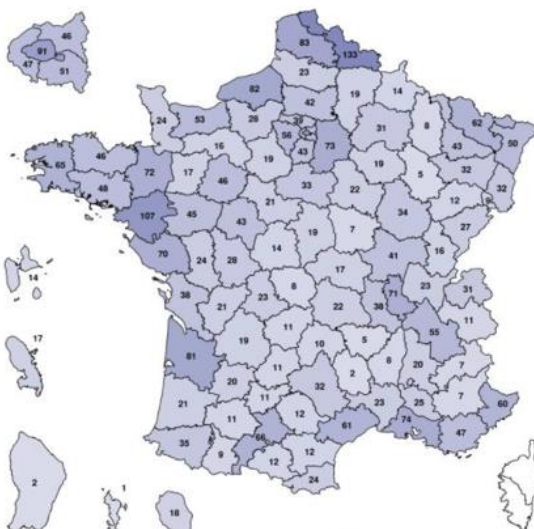
**Garantie
casse
illimitée**



**Garantie
dépannage**



**Paire solaire
à la vue
à 1 € TTC**



SEIKO

HOYA



codir



Un socle d'Engagements Confiance pour tous

Valable pour tous nos
bénéficiaires dans le réseau,
quel que soit leur contrat.

Simples à comprendre, ces
ENGAGEMENTS Confiance
apportent à plus de 11 millions
de bénéficiaires des garanties et
des services exclusifs.

Jusqu'à
40%
D'ÉCONOMIE
sur les verres

À partir de
15%
D'ÉCONOMIE
sur le para-optique
(lunettes de soleil,
produits lentilles...)

Jusqu'à
25%
D'ÉCONOMIE
sur les montures

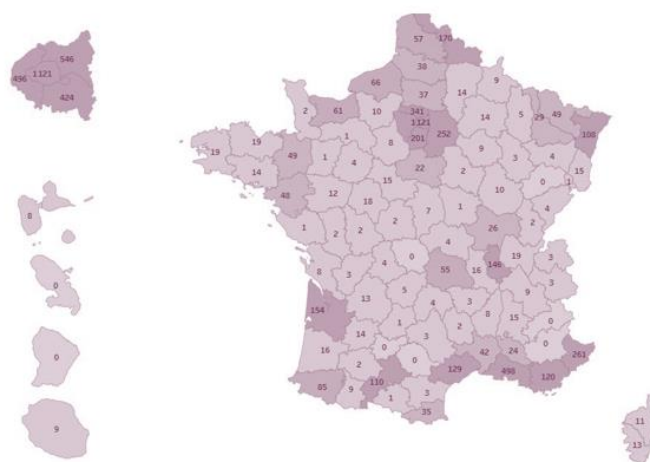
À partir de
10%
D'ÉCONOMIE
sur les lentilles

L'engagement des opticiens partenaires Itelis consiste à proposer un équipement sans reste à charge.

	Conditions d'accès		Durée	Équipement de remplacement
GARANTIE TRAITEMENT	Verres	En cas de vice de fabrication	2 ans	Remplacement illimité gratuit à l'identique sans franchise
GARANTIE DÉCHIRURE	Lentilles oculaires de contact souples hydrophiles <i>dont la durée de vie est > ou = à 6 mois</i>	En cas de déchirure d'au moins une	3 mois	1 remplacement gratuit (par lentille) à l'identique sans franchise
GARANTIE ADAPTATION	Lentilles oculaires de contact <i>dont la durée de vie est > ou = à 6 mois</i>	En cas d'inadaptation au port dans les 3 premiers mois suivant l'achat	3 mois	1 remplacement gratuit sans franchise (dans la limite de la dépense initiale engagée)
	Verres	En cas d'inadaptation visuelle dans les 3 premiers mois suivant l'achat	3 mois	
	Monture	En cas d'insatisfaction dans les 15 jours suivant l'achat	15 jours	



RÉSEAU
Dentaire



EN MOYENNE,
9%
D'ÉCONOMIE
par rapport aux tarifs
constatés en dehors du
réseau

4h**

pour confirmer un
rendez-vous
d'urgence

50%
DES ACTES
du Panier Libre à tarifs
négociés

6500
CHIRURGIENS-
DENTISTES
partenaires

Exemple de tarif pour la pose d'une couronne sur implant dans le département des Hauts-de-Seine :

Tarif pratiqué
en dehors du réseau



Jusqu'à
1000€

Tarif maximum
dans le réseau Itelis

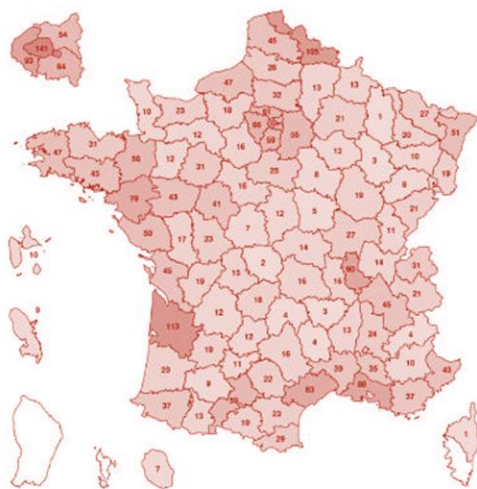


650€

*Economie moyenne de 9%
par rapport aux prix
pratiqués hors réseau*



RÉSEAU
Audio



3600
AUDIOPROTHÉ-
SISTES
partenaires

12
FABRICANTS
d'aides auditives

9
AUDIOPROTHÉSISTES
PARTENAIRES

12 fabricants d'audioprothèses



9 AUDIOPROTHÉSISTES partenaires



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.

Mes contacts

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



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



01 44 20 29 88

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

Mes services ANGEL...+

Avec les services ANGEL, vous n'êtes jamais seul !

Pour vous aider à préserver votre santé, profitez d'ANGEL, un univers médical dédié pour répondre à toutes vos questions de santé, vous orienter et vous accompagner, en toute confidentialité, au quotidien comme dans les moments difficiles.

Comment accéder à vos services ?

Rendez-vous sur votre espace assuré VIVINTER à l'adresse suivante : <https://assure.vivinter.fr/connexion.html>
Via la rubrique Démarches > Protection sociale > Votre protection sociale

Vos Services santé

(inclus dans votre complémentaire santé)



Conseil bien-être

- De précieux conseils
- Des vidéos pour votre forme et bien-être
- Des programmes de coaching
- Des défis santé pour se motiver



Téléconsultation médicale

- Un plateau médical disponible 24h/24, 7j/7
- Vos ordonnances en ligne
- Visioconférence
- Secret médical garanti
- Livraison de médicaments



2ème avis médical

- Un second Avis Médical spécialisé
- Un accompagnement médical tout au long du parcours
- Des centres d'excellence



Réseau d'opticiens Itelis

- Optique, dentaire, audiologie, bien-être
- Opticien à domicile
- De nombreux avantages : marques de qualité, garanties après-vente...



Palmarès des hôpitaux

- Palmarès des hôpitaux et cliniques
- Analyse tarifaire et dépassements d'honoraires
- Check-list : Des conseils pratiques pour préparer votre hospitalisation ou celle d'un proche.



Aide à domicile

- Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave à plus de 50 kms du domicile
- Hospitalisation (y compris en ambulatoire) ou immobilisation à domicile > à 5 jours



Soutien psychologique

- Une ligne d'écoute psychologique
- Bénéficiez chaque année de 4 entretiens téléphoniques par bénéficiaires âgés de + 18 ans.



Chat médico-social

- Des réponses à toutes vos questions santé
- Une équipe d'experts : Infirmiers, médecins, conseillers services en santé, conseillers en Economie Sociale et Familiale, diététiciens, psychologues.
- Un échange illimité en toute confidentialité

Comment accéder à Angel ?

24h/24 et 7 jours/7



Via Internet
angel.fr



Par téléphone depuis la France
(coût d'un appel local)
36 33



Depuis l'étranger
+33 1 55 92 27 54

L'ASSISTANCE

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

- En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours (présence d'un proche, garde des enfants, aide-ménagère) ;
- Après hospitalisation ou immobilisation (garde malade et soutien scolaire) ;
- Assistance en cas de déplacement à plus de 50km du domicile en France et à l'étranger ;

Numéro de téléphone de l'assistance :
01 72 59 51 60
24/24h – 7/7j
(prix d'une communication locale)

Notice d'assistance disponible sur votre Espace assuré dans la rubrique « Documents utiles »

My Easy Santé

Le programme de prévention santé My Easy Santé permet de préserver et d'améliorer sa santé au quotidien via l'accès à des tests santé, des actualités et des coachings.

Le programme est disponible via l'application My Easy Santé ou sur le site : myeasysanté.fr.



Pour préparer son hospitalisation : Hospiway

Hospiway est un service en ligne qui permet :

- d'accéder à un palmarès des hôpitaux en ligne, pour trouver l'hôpital adapté ;
- d'évaluer les dépassements d'honoraire du chirurgien ;
- de bénéficier de conseils pratiques pour préparer son hospitalisation.



Le Chat Santé

Le Chat Santé est un service dont la vocation est d'apporter des réponses documentées aux questions des bénéficiaires sur leur santé. Le service est animé, par chat ou téléphone, par une équipe médicale pluridisciplinaire. Il est ouvert aux questions posées par les bénéficiaires sur la santé de leurs proches. Il propose également un service de second avis médical aux bénéficiaires du contrat.

Retrouvez l'ensemble de ces services (My Easy Santé, Hospiway, Chat Santé...) sur le site de AXA, votre Espace assuré Vivinter mais également sur votre Notice d'information AXA.

La portabilité

Les anciens collaborateurs qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage :

La garantie prend effet à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail du collaborateur assuré, pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail. Cette durée ne peut pas excéder 12 mois (1 an). **Sans contrepartie de cotisation et aux mêmes garanties que les collaborateurs en activité.**

Le maintien des garanties

1. Le maintien des garanties VIVINTER pour les collaborateurs en congé

Peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat Frais de Santé, à condition d'en faire la demande à VIVINTER dans les **30 jours** qui suivent le départ du collaborateur :

- Les salariés, sans indemnisation de la société pour l'un des congés suivants :
 - Congé parental d'éducation ;
 - Congé pour création d'entreprise ;
 - Congé de présence parentale ;
 - CPF de transition professionnelle ;
 - Congé de solidarité familiale ;
 - Congé sabbatique ;
 - Congé de soutien familial ;
 - Congé pour mobilité volontaire sécurisée (MVS).

Sous réserve du paiement de la cotisation totale (part salariale et part patronale) par le salarié. Le dépassement du délai de 30 jours entraîne forclusion définitive.

Ce maintien des garanties cesse pour le salarié et ses ayants droit :

- à la date de fin du congé ;
- en cas de rupture du contrat de travail ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en tout état de cause en cas de résiliation du contrat ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf lorsque l'assuré bénéficie du cumul emploi/retraite.



Pour tout renseignement, veuillez contacter VIVINTER via votre espace assuré, www.vivinter.fr / Espace assuré / Messagerie / Ecrire un message ou au 01 44 20 29 88 (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00)

2. Le maintien des garanties VIVINTER pour les ayants droit d'un collaborateur décédé

Peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat Frais de Santé, à condition d'en faire la demande à VIVINTER dans les **60 jours** qui suivent le décès du collaborateur :

- Les membres de la famille de l'assuré perdant leur qualité de bénéficiaires du fait du décès de ce dernier. Les garanties peuvent être maintenues, à titre gratuit, aux ayants droit d'un assuré décédé pendant une durée maximale de 12 mois. Passé le délai de 12 mois de maintien des garanties, vous pourrez demander une adhésion à titre individuel.

Le maintien des garanties

3. Le maintien des garanties pour les collaborateurs retraités, en situation d'incapacité ou d'invalidité ou en fin de période de portabilité

Vous souhaitez bénéficier d'un contrat individuel adapté tout en restant chez VIVINTER ?
Vous pouvez en faire la demande à VIVINTER à **n'importe quel moment**, suite à la rupture de votre contrat de travail :

Une couverture individuelle adaptée à vos besoins :

- 3 options sur-mesure selon le montant de remboursement souhaité.
- Un remboursement intégral des dépassements d'honoraires hospitaliers, dès l'option 2, si votre médecin est adhérent à une pratique tarifaire maîtrisée*.
- Un maximum de sécurité avec l'option 3.
- Garanties « médecine naturelle » et « médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale ».
- Service d'assistance.

Les +

- Sans délais de carence.
- Aucun questionnaire médical.
- Gestion et Savoir-Faire VIVINTER.
- Télétransmission avec la Sécurité sociale.
- Tiers payant Almérys-Optilys.

Un tarif COMPÉTITIF

- Exclusivement pour les assurés VIVINTER.

**Pour vous aider
DANS
VOTRE CHOIX**

	Option 1	Option 2	Option 3
Hospitalisation	★★★★☆	★★★★★	★★★★★
Consultation	★★★★☆	★★★☆☆	★★★★☆
Dentaire	★★★★☆	★★★☆☆	★★★★★
Optique	★★★★☆	★★★☆☆	★★★★☆



Pour tout renseignement, veuillez contacter le service Individuel de VIVINTER via
commercial.indiv@s2hgroup.com
ou au **01 44 20 80 90** (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00)

Le maintien des garanties



4. Le maintien des garanties AXA pour les collaborateurs éligibles à la Loi Evin

Vous pouvez continuer à bénéficier des garanties du contrat Frais de Santé, à condition d'en faire la demande à votre service du personnel dans les **6 mois** qui suivent le départ :

QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ?

Les collaborateurs qui quittent l'entreprise pour **incapacité de travail**, **invalidité**, départ en **retraite** ou **licenciement** (post période de portabilité légale).

QUEL EST LE DÉLAI POUR DEMANDER LE MAINTIEN ?

Vous avez **6 mois** pour demander le maintien de vos garanties santé à partir de la fin de la période de portabilité. S'il s'agit d'un départ à la retraite, le délai est de **6 mois à compter de la fin du contrat de travail**.

COMMENT ÇA FONCTIONNE ?

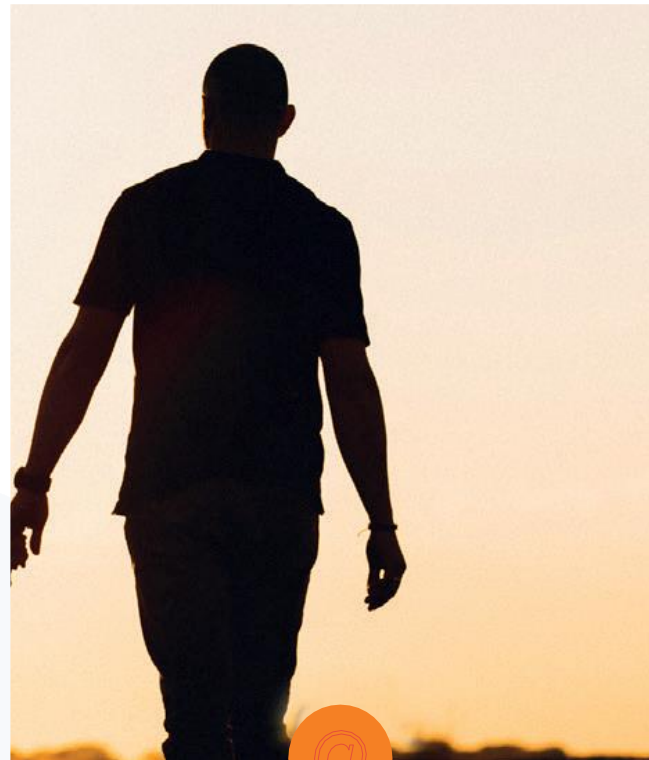
La **cotisation est entièrement à votre charge**. Le Groupe ALTICE France Pôle Télécoms qui prenait en charge une partie de la cotisation n'intervient plus.

La hausse des cotisations est plafonnée pour les bénéficiaires de la loi Evin :

- La **1^{ère} année**, la cotisation ne peut pas dépasser celle des collaborateurs de l'entreprise (parts patronale et salariale),
- La **2^{ème} année**, elle ne doit pas dépasser de plus de 25 %,
- La **3^{ème} année**, le tarif ne doit pas être supérieur à 50 %.
- **Au-delà**, la cotisation sera librement fixée par AXA.

QUELLES SONT LES SPECIFICITES ?

- Les anciens salariés peuvent donc continuer à bénéficier des **mêmes garanties** ;
- La gestion de vos remboursements et de vos cotisations ne sera plus effectuée par VIVINTER mais **directement auprès de AXA via UNISANTE** ;
- La couverture ne concerne que l'ex-collaborateur, **il n'est pas possible d'affilier ses ayants droit avec la Loi Evin**.



Les deux alternatives proposées par AXA :

❖ Contrat article 4 Loi Evin

❖ Contrat Tem'po
Pour le cas où vous
souhaitez des garanties
différentes et/ou garantir vos
ayants droit

Mes contacts

Vous pouvez adresser votre demande à votre service du personnel afin d'être recontacté par AXA / UNISANTE.

Il n'est pas possible de souscrire directement auprès de 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.

VIVINTER est une marque du Groupe DIOT-SIACI - Société de Courtage d'Assurance et de Réassurance.
Siège social : Season - 39, rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17 – France. SAS - Capital : 120 555 961,60 € -
RCS Paris 572 059 939 RCS Paris - APE 6622 Z - N° TVA : FR 54 572 059 939.
N° ORIAS : 07 000 771 (orias.fr) - Sous le contrôle de / Regulated by ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris
cedex 09 - France.
Réclamations / Complaint : SIACI SAINT HONORE - Service réclamations - 23, allées de l'Europe - 92587 Clichy cedex -
France.

