

Viv'

SANTÉ

Jeune

La 1^{re} complémentaire santé participative



UNE COUVERTURE 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 l'OPTAM / OPTAM-CO*.
- 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 + Viv'SANTÉ Jeune

- 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	★ ☆ ☆ ☆	★ ★ ☆ ☆	★ ★ ★ ☆

Des services INNOVANTS

• VIVINTER

- Impression de votre carte de tiers payant sur votre espace sécurisé www.vivinter.fr.
- Application mobile pour suivre en temps réel vos remboursements et géolocaliser les professionnels de santé.

• MyPrevention

Une application mobile dédiée.

Des conseillers vous accompagnent selon votre situation :

- aide aux aidants,
- soutien à la famille,
- santé et soins,
- nutrition,
- budget et démarches,
- emploi et retraite.

My Prevention
Enfin une prévention qui vous ressemble.

Tableau des garanties⁽¹⁾

CONTRAT VIV'SANTE JEUNE NATURE DES PRESTATIONS (Contrat Responsable)	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
HOSPITALISATION (y compris maternité) ⁽²⁾			
Frais de séjour en établissement conventionné	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné	90% FR limités 100% BR-RO	90% FR limités 200% BR-RO	90% FR limités 200% BR-RO
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Honoraires - Conventionné OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100% BR-RO	100% Frais réels	100% Frais réels
Honoraires - Conventionné non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR-RO	200% BR-RO	200% BR-RO
Honoraires - Non conventionné	100% TA	100% TA	100% TA
Chambre particulière	30€/jour	45€/jour	60€/jour
Lit d'accompagnement enfant de moins de 16 ans Maxi 10 jours/an	30€/jour	30€/jour	30€/jour
SOINS COURANTS (y compris maternité)			
Consultation et visite généraliste - Conventionné OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100% BR-RO	170% BR-RO	250% BR-RO
Consultation et visite généraliste - Conventionné non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Consultation et visite spécialiste - Conventionné OPTAM/OPTAM-CO	100% BR-RO	170% BR-RO	250% BR-RO
Consultation et visite spécialiste - Conventionné non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - Conventionné OPTAM/OPTAM-CO	100% BR-RO	170% BR-RO	250% BR-RO
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - Conventionné non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Imagerie médicale OPTAM/OPTAM-CO	100% BR-RO	170% BR-RO	250% BR-RO
Imagerie médicale non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Analyses et examens de laboratoires	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Médicaments remboursés par la Ss	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Matériel médical	100% BR-RO	170% BR-RO	270% BR-RO
Psychologue jusqu'à 8 séances / an / bénéficiaire (depuis le 01/04/2022)	100% TM	100% TM	100% TM
TRANSPORT			
Frais de Transport remboursés Ss	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
DENTAIRE⁽⁵⁾			
Soins et prothèses dentaires 100% SANTE ¹	HLF - SS	HLF - SS	HLF - SS
Soins dentaires (y compris Inlay/Onlay (hors 100% santé)	100% BR-RO	200% BR-RO	300% BR-RO
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (hors 100% santé) à tarifs maîtrisés	100% BR-RO	200% BR-RO	300% BR-RO
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (hors 100% santé) à tarifs libres	100% BR-RO	200% BR-RO	300% BR-RO
Implantologie	Limité à 2/an/bénéficiaire		
Pose d'implant Limité à 2/an/bénéficiaire	75 €	150 €	200 €
Faux moignon implantaire Limité à 2/an/bénéficiaire	50 €	100 €	150 €
Couronne sur implant Limité à 2/an/bénéficiaire	150 €	250 €	350 €
Orthodontie remboursée par la Ss	150% BR-RO	200% BR-RO	250% BR-RO
Orthodontie non remboursée par la Ss Forfait/an/bénéficiaire	150€/an	200€/an	250€/an
Plafond annuel prothèses dentaires et orthodontie par bénéficiaire 1ère et 2ème année d'assurances : ⁽⁶⁾	500 €	1 000 €	1 500 €
Plafond annuel prothèses dentaires et orthodontie par bénéficiaire années suivantes : ⁽⁶⁾	1 000 €	2 000 €	2 500 €
OPTIQUE³	Forfait pour 1 équipement tous les 2 ans/bénéficiaire (6)		
Equipements 100% SANTE ²	PLV - Ss	PLV - Ss	PLV - Ss
Monture	100 €	100 €	100 €
Verres unifocaux (la paire)	75 €	150 €	185 €
Verres multifocaux (la paire)	150 €	200 €	225 €
Supplément optique	100% TM	100% TM	100% TM
Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Lentilles remboursées ou non par la Ss y compris jetables Forfait/an/bénéficiaire)	30€/an	100€/an	150€/an
Chirurgie réfractive	Non garanti	150 € /oeil	250 € /oeil

Tableau des garanties⁽¹⁾ (suite)

AIDES AUDITIVES ⁴	par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance		
Equipements 100% SANTE	PLV - Ss	PLV - Ss	PLV - Ss
Prothèses auditives à tarif libre pour les 21 ans et plus	100 €	150 €	200 €
Prothèses auditives à tarif libre pour les moins de 21 ans	100 €	150 €	200 €
Accessoires, entretien et piles remboursés par la Ss	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE			
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 ⁽⁹⁾	100% TM	100% TM	100% TM
Pharmacie prescrite non remboursée par la Ss (Forfait par an/bénéficiaire) ⁽⁸⁾	50€/an	75€/an	100€/an
Médecines douces ⁽⁷⁾ (Liste ci-dessous) : (Forfait/an/bénéficiaire) Etiopathe, Ostéopathe, Bilan Diététique, Chiropracteur, Pédicure, Podologue	50€/an	100€/an	150€/an
CURE THERMALE			
Cure thermale remboursée par la Ss (Forfait par an/bénéficiaire)	100€/an	150€/an	200€/an
ALLOCATION			
Indemnité de naissance simple (uniquement si la mère est assurée)	100 €	150 €	250 €
SERVICES			
Assistance	AUXIA ASSISTANCE	AUXIA ASSISTANCE	AUXIA ASSISTANCE
Réseau	Optilys	Optilys	Optilys

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale en vigueur au moment des soins, sous déduction des remboursements de votre Régime Obligatoire (RO).

Les remboursements exprimés en forfait : Certains remboursements sont effectués sous forme d'un « forfait ». Le montant du « forfait » est un maximum soit par an, soit tous les deux ans et par personne bénéficiaire qui s'additionnent aux éventuels remboursements de votre Régime Obligatoire.

Légende :

FR : Frais Réels - BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - Ss : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur

BRR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale -

RSS : Remboursement Sécurité sociale - TA : Tarif d'Autorité - PLV : Prix limite de vente - HLF : Honoraire Limite de Facturation.

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 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.

3 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.

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.

A l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

- (1) Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés et de l'OPTAM/OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) qui est un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée par les professionnels de santé. Remplace anciennement le contrat d'accès aux soins (CAS). Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire (RO), si celui-ci est non nul. Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire. La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social. Lorsque le montant de l'acte est supérieur à 120 €, votre Régime Obligatoire retient une franchise de 24 €. Cette franchise est prise en charge par votre complémentaire santé.
- (2) Sauf clauses d'exclusion visées dans les Conditions Générales et dans la Notice d'Information. Le remboursement de la chambre particulière est limité à 60 jours par an pour les séjours en centre, service ou établissement psychiatrique.
- (3) OPTAM/OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) qui est un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée par les professionnels de santé. Remplace anciennement le contrat d'accès aux soins (CAS).
- (4) Le forfait journalier hospitalier est remboursé sans limitation de durée dans les établissements de santé, il n'est pas pris en charge lorsqu'il est facturé par des établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- (5) Pour les garanties prises en charge par la Sécurité sociale, au-delà du plafond, le niveau des prestations est égal à 100 % du TM (soit 100 % BR y compris les remboursements de la Sécurité sociale).
- (6) Au sein de ce forfait optique, le remboursement d'un équipement (1 monture et 2 verres) vous est garanti tous les 2 ans sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue et pour les enfants mineurs. Le montant maximum de la monture est plafonné à 150 €.
- (7) Ostéopathe, Etiopathe, Chiropracteur, Pédicure, Podologue et Bilan diététique (titulaire d'un numéro ADELI (diplôme ou cachet du praticien)).
- (8) Vaccins, Homéopathie...

(9) Actes de Prévention

Quelle que soit la formule choisie, le contrat étant qualifié de responsable, nous prenons en charge le Ticket Modérateur des actes de prévention.

Vous pouvez obtenir un remboursement de notre part, après intervention de votre Régime Obligatoire, des prestations de prévention parmi la liste suivante :

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans (SC8) ;
- Détartrage annuel (SC12) ;
- Premier bilan du langage oral et/ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans (AMO24) ;
- Dépistage de l'hépatite B ;
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale, Audiométrie tonale avec tympanométrie, Audiométrie vocale dans le bruit, Audiométrie tonale et vocale, Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans ;
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
 - b) Coqueluche : avant 14 ans,
 - c) Hépatite B : avant 14 ans,
 - d) BCG : avant 6 ans,
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant,
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Ces dispositions restent valables pendant toute la durée d'application de l'Arrêté du 8 juin 2006, sauf modification des taux ou modalités de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Exemples de remboursements

HOSPITALISATION	Dépenses réelles	Remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie	Votre remboursement total		
			Option 1	Option 2	Option 3
Hospitalisation de 3 jours (code: NFMC003 Libellé: reconstruction du ligament croisé antérieur du genou)					
Frais de séjour		(100% - 18€)	18€	18€	18€
Honoraires du chirurgien signataire à l'OPTAM / OPTAM CO	1 000 € dont 587 € de dépassements d'honoraires	413 €	413 €	Frais réels: 1 000 €	Frais réels: 1 000 €
			Reste à charge: ● 587 €	○ 0 €	○ 0 €
Honoraires du chirurgien non signataire à l'OPTAM / OPTAM-CO	1 000 € dont 587 € de dépassements d'honoraires	413 €	413 €	826 €	826 €
			Reste à charge: ● 587 €	○ 174 €	○ 174 €
Chambre particulière	150 € 50€/jour	0 €	90 €	135 €	150 €
			Reste à charge: ● 60 €	○ 15 €	○ 0 €
Forfait journalier hospitalier	60 € 20€/jour	0 €	60 €	60 €	60 €
			Reste à charge: ○ 0 €	○ 0 €	○ 0 €

Remboursements maximum possibles

FRAIS MÉDICAUX (dans le parcours de soins coordonnés)	Remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie	Votre remboursement possible		
		Option 1	Option 2	Option 3
Consultation médecin généraliste conventionné OPTAM à 25 € (BR = 25 €)	70 % de la BR - 1 € de contribution forfaitaire = 16,50 €	24 € Reste à charge : 1 €	41,50 € Reste à charge : 1 €	61,50 € Reste à charge : 1 €
Consultation médecin spécialiste conventionnée OPTAM à 85 € (BR = 30 €)	70 % de la BR - 1 € de contribution forfaitaire = 20 €	29 € Reste à charge : 56 €	50 € Reste à charge : 35 €	74 € Reste à charge : 11 €
Consultation médecin généraliste conventionné NON OPTAM à 51 € (BR = 23 €)	70 % de la BR - 1 € de Contribution Forfaitaire = 15,10 €	22 € Reste à charge : 29 €	33,50 € Reste à charge : 17,50 €	45 € Reste à charge : 6 €
Consultation médecin spécialiste conventionné NON OPTAM à 160 € (BR = 23 €)	70 % de la BR - 1 € de contribution forfaitaire = 15,10 €	22 € Reste à charge : 138 €	33,50 € Reste à charge : 126,50 €	45 € Reste à charge : 115 €
OPTIQUE				
Équipement Optique de classe A (monture + verres) de verres simples (équipement 100 % santé) pour adulte - Tarif 125 € - BR 37,50 €	60 % = 22,50 €	125 € Reste à charge : 0 €	125 € Reste à charge : 0 €	125 € Reste à charge : 0 €
Équipement Optique de classe B (monture + verres) de verres simples pour adulte - Tarif 345 € - BR 0,15 €	60% = 0,09 €	175€ Reste à charge : 170 €	250 € Reste à charge : 95 €	285€ Reste à charge : 60 €
Équipement Optique de classe B (monture + verres) de verres complexes pour adulte - Tarif 672 € - BR 0,15 €	60% = 0,09 €	250€ Reste à charge : 422 €	300€ Reste à charge : 372 €	325 € Reste à charge : 347 €
DENTAIRE				
Couronne céramo-métallique sur dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100 % santé) - Tarif 500 € - BR 120,00 €	70 % de la BR = 84,00 €	500,00 € Reste à charge : 0 €	500,00 € Reste à charge : 0 €	500,00 € Reste à charge : 0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires éligible au panier RAC maîtrisé - Tarif 538,70 € - BR 120,00 €	70 % de la BR = 84,00 €	120,00 € Reste à charge : 418,70 €	240,00 € Reste à charge : 298,70 €	360,00 € Reste à charge : 178,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires éligible au panier RAC maîtrisé - Tarif 538,70 € - BR 107,50 €	70 % de la BR = 75,25 €	107,50 € Reste à charge : 431,20 €	215,00 € Reste à charge : 323,70 €	322,50 € Reste à charge : 216,20 €
PROTHESES AUDITIVES				
Aide Auditive de classe I par oreille (équipement 100 % santé) pour un adulte de + 20 ans - Tarif 1700 € = BR 400 €	60 % = 240,00 €	1700 € Reste à charge : 0 €	1700 € Reste à charge : 0 €	1700 € Reste à charge : 0 €
Aide Auditive de classe II par oreille (tarif libre) pour un adulte de + 20 ans - Tarif 1583 € = BR 400 €	60 % = 240,00 €	340 € Reste à charge : 1243 €	390 € Reste à charge : 1193 €	440 € Reste à charge : 1143 €

**Pour EN SAVOIR + : www.vivinter.fr
commercial.indiv@s2hgroup.com**

**Noémie LAPORAL, Nathalie FERNANDES,
Sandrine HOLUBENNY**

au 01 44 20 80 90

L'association PRC SANTE – association régie par la loi du 1er juillet 1901 (n°W751124965) - Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17, a souscrit auprès de QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros régie par le code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Humanis - les contrats d'assurance de groupe « Complémentaire Frais de Soins » Viv'SANTÉ Jeune à adhésion individuelle facultative n° 0030330 00001 000, 0030330 00002 000, 0030330 00003 000, régis par le Code des assurances. Janvier 2023

QUATREM a délégué à la société SIACI SAINT HONORE 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 l'ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09 - France - Réclamations : SIACI SAINT HONORE - Service réclamations - 23, allées de l'Europe - 92587 Clichy cedex - France - la négociation des conditions de garantie de ces contrats groupe auprès de l'Assureur ainsi que leur gestion par SIACI SAINT HONORE sous la marque VIVINTER.