

# VIV'SANTE ENTREPRISE

La complémentaire santé pour les entreprises de moins de 50 salariés

## Vos informations

Raison sociale : **28**

Siret : **61**

Convention collective nationale : **62**

Effectif : **7**

Découvrez nos 3 régimes de base en santé, conçus pour répondre à vos besoins spécifiques. Que vous recherchiez une couverture complète, haut de gamme ou premium, nos trois régimes de base offrent des solutions adaptées à chaque profil et budget. Ces régimes de base peuvent être complétés par des options.

**Cette partie dépend des valeurs entrées.**

# Tableau de garanties TPE

Le tableau de garanties santé ci-dessous offre une vue exhaustive des couvertures et avantages inclus dans nos offres, fournissant ainsi une transparence complète sur les différents niveaux de protection et de soins disponibles pour répondre aux besoins de vos salariés.

NATURE DES PRESTATIONS	TRANQUILLITE	BIEN ETRE	PLENITUDE	Sucomplémentaire Non Responsable Medium	Sucomplémentaire Non Responsable Excellence
	Garanties y compris Sécurité Sociale	Garanties y compris Sécurité Sociale	Garanties y compris Sécurité Sociale	Garanties en complément du régime de base	
<b>HOSPITALISATION</b> médicale / chirurgicale ou maternité / obstétrique					
Frais de séjour	Conventionné : 100% FR - SS Non Conventionné : 50% FR - SS	Conventionné : 100% FR - SS Non Conventionné : 90% FR - SS	Conventionné : 100% FR - SS Non Conventionné : 90% FR - SS	-	-
Honoraires Actes de chirurgie - Actes techniques médicaux - Actes d'anesthésie en secteur conventionné ou non	OPTAM 220% BR NON OPTAM: 200% BR Non conventionné: Limité à 200 % tarif d'autorité	NON OPTAM: 400% BR NON OPTAM: 200% BR Non conventionné: Limité à 200 % tarif d'autorité	OPTAM: 500% BR NON OPTAM: 200% BR Non conventionné: 200 % tarif d'autorité	+100% BR OPTAM et NON OPTAM	+200% BR OPTAM et NON OPTAM
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée*)	100% FR	100% FR	100% FR	-	-
Chambre particulière	60 € / jour (y compris ambulatoire)	100 € / jour (y compris ambulatoire)	120 € / jour (y compris ambulatoire)	-	+50€/jour
Frais d'Accompagnant (pour enfant de moins de 16 ans)	25 € / nuit	50 € / nuit	50 € / nuit	-	-
Forfait patient urgence	100% FR	100% FR	100% FR	-	-
<b>SOINS COURANTS</b>					
Pharmacie et médicaments prescrits remboursés SS	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Pharmacie prescrite non remboursée SS (vaccins, contraceptif, homéopathie...)	80 € / an / bénéf	150 € / an / bénéf	175 € / an / bénéf	-	-
Consultations, visites généralistes	OPTAM : 220% BR NON OPTAM: 200% BR	OPTAM : 300% BR NON OPTAM: 200% BR	OPTAM : 400% BR NON OPTAM: 200% BR	+100% BR OPTAM et NON OPTAM	+200% BR OPTAM et NON OPTAM
Consultations, visites spécialistes	OPTAM : 300% BR NON OPTAM : 200% BR	OPTAM : 400% BR NON OPTAM : 200% BR	OPTAM : 500% BR NON OPTAM : 200% BR	+100% BR OPTAM et NON OPTAM	+200% BR OPTAM et NON OPTAM
Actes techniques médicaux, actes de chirurgie (Praticiens signataires du OPTAM/OPTAM-CO)	OPTAM : 300% BR NON OPTAM : 200% BR	OPTAM : 400% BR NON OPTAM : 200% BR	OPTAM : 500% BR NON OPTAM : 200% BR	+100% BR OPTAM et NON OPTAM	+200% BR OPTAM et NON OPTAM
Radiologie	OPTAM : 220% BR NON OPTAM: 200% BR	OPTAM : 300% BR NON OPTAM: 200% BR	OPTAM: 400% BR NON OPTAM : 200% BR	+100% BR OPTAM et NON OPTAM	+200% BR OPTAM et NON OPTAM
Auxiliaires médicaux	200% BR	200% BR	300% BR	-	-
Analyses et examens de laboratoire	200% BR	200% BR	300% BR	-	-
Transport pris en charge SS	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, naturopathe, podologie, psychologie, psychomotricien, diététicien, orthophoniste / an / personne **	40 € / Séance (max 5 / an / bénéf.)	70 € / Séance (max 5 / an / bénéf.)	75 € / Séance (max 5 / an / bénéf.)	+ 5€ / séance (max 5 / an / bénéf.)	+ 15€ / séance (max 5 / an / bénéf.)
Psychologie remboursée	8 séances / an / bénéf	8 séances / an / bénéf	8 séances / an / bénéf	-	-
Télésurveillance Médicale Remboursée par la Sécurité Sociale (dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité Sociale)	100% TM	100% TM	100% TM	-	-
<b>APPAREILLAGE</b>					
Prothèses médicales : orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditifs, dentaires et d'optique)	200% BR	250% BR	400% BR	-	+100% BR
Prothèses auditives- Equipement Classe I					
Equipements 100% SANTE (depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2021) <sup>1, 2</sup>	PLV - SS	PLV - SS	PLV - SS	-	-
Prothèses auditives <sup>2, 3</sup> - Equipement Classe II					
- pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire - pour les personnes jusqu'à 20ème anniversaire	200% BR 100 % FR - SS	400% BR 100 % FR - SS	500% BR 100 % FR - SS	-	+100% BR
Accessoires, entretien et piles remboursés SS	200% BR	400% BR	400% BR	-	+100%BR
<b>DENTAIRE</b>					
Soins et prothèses dentaires 100% SANTE (à compter du 1er janvier 2020) <sup>1</sup>	HLF - SS 100% BR	HLF - SS 100% BR	HLF - SS 100% BR	-	-
Soins conservateurs (cavi, détartrage...)					
Prothèses panier maîtres <sup>***</sup> dans la limite des HLF	300% BR	450% BR	550% BR	-	+100%BR
Inlays/onlays	300% BR	450% BR	550% BR	-	+100%BR
Inlays Core	300% BR	450% BR	550% BR	-	+100%BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires remboursés SS	300% BR	450% BR	550% BR	-	+100%BR
Prothèses panier libre <sup>***</sup>	300% BR	450% BR	550% BR	-	+100%BR
Inlays/onlays	300% BR	450% BR	550% BR	-	+100%BR
Inlays Core	300% BR	450% BR	550% BR	-	+100%BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires remboursés SS	300% BR	450% BR	550% BR	-	+100%BR
Autres actes dentaires	300% BR	450% BR	550% BR	-	+100%BR
Orthodontie prise en charge SS /semestre	300% BR	450% BR	550% BR	-	+100%BR
Orthodontie non prise en charge SS /semestre (max 4 semestres)	200% BRR	400% BRR	400% BRR	-	+100% BRR
Prothèses dentaires non prises en charge SS	200% BRR	350% BRR	400% BRR	-	+100% BRR
Parodontologie / Prophylaxie Dentaire non remboursée SS	Forfait de 200 € / an / bénéf	Forfait de 400 € / an / bénéf	Forfait de 500 € / an / bénéf	-	+400€
Implantologie (Implant & Pilier Implantaire)	400 € / implant max 2 implants an / bénéf	800 € / implant max 2 implants an / bénéf	1000 € / implant max 2 implants an / bénéf	+200€ / implant max 2 / an / bénéf	+400€ / implant max 2 / an / bénéf
<b>OPTIQUE<sup>1, 2, 3</sup></b>					
Equipement jusqu'à 2 ans sauf pour enfant de - de 16 ans ou renouvellement (à la dévolution de la vue)					
Equipement 100 % Santé (depuis le 1er janvier 2020)					
Equipements de Classe A tels que définis réglementairement	PLV - SS	PLV - SS	PLV - SS	-	-
Equipement Libre <sup>4</sup> - de Classe B, tels que définis réglementairement.					
Monture (RSS inclus)	100 €	100 €	100 €	+50 €	+100 €
Verres unifocaux	100€ / verre	150€ / verre	160€ / verre	-	-
Verres progressifs et multifocaux	200€ / verre	300€ / verre	300 à 350€ / verre	-	+50€ / verre
Autres prestations supplémentaires portant sur un équipement Classe A ou B : prestations d'adaptation, supplément verres avec filtres	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Autres dispositifs médicaux d'Optique					
Lentilles prises en charges ou non SS (yc produit d'entretien)	100% BR + Forfait de 150 € / an / bénéf	100% BR + Forfait de 300 € / an / bénéf	100% BR+ Forfait de 450 € / an / bénéf	-	+100€ / an / bénéf
Traitement corrections visuelles par chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	350 € / oeil / an / bénéf	800 € / oeil / an / bénéf	1000 € / oeil / an / bénéf	-	+400€ / oeil / an / bénéf
<b>PREVENTION</b>					
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Sevrage tabagique	50 € / an / bénéf	70 € / an / bénéf	70 € / an / bénéf	-	-
<b>AUTRES</b>					
Cure thermale remboursée SS (Honoraires, frais de voyage et hébergement)	200% BR	250% BR	250% BR	-	-
<b>DEVIÉS</b>					
Réseau de soins	accès au réseau Itelis	accès au réseau Itelis	accès au réseau Itelis	-	-
Tiers payant généralisé	Inclus	Inclus	Inclus	-	-
Assistance et téléconsultation	Inclus	Inclus	Inclus	-	-

Les prestations sont exprimées y compris le remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des frais réels (sauf mention contraire).  
PMSS 2024 estimée à 3 864€ (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale).

**Légende**  
FR : Frais Reels - RO - Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - Ss : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur - BRR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée - RSS : Remboursement Sécurité sociale - NON OPTAM : Praticiens Non Signataires de l'option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - PLV : Prix Limite de Vente - HLF : Honoraires Limite de Facturation

\* Forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

\*\* si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESSE)  
\*\*\* tels que définis réglementairement

<sup>1</sup> 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  
<sup>2</sup> La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

<sup>3</sup> dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)  
<sup>4</sup> La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

<sup>5</sup> Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la SS, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :  
- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B,  
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

## Porteur de risques

Dans le cadre de ce contrat, il est important de noter que le porteur de risque associé à cette police d'assurance est AG2R. AG2R s'engage à fournir une couverture fiable et adaptée, démontrant ainsi leur engagement envers la sécurité et le bien-être des employés.



AG2R LA MONDIALE

## Reseau de soins

Itelis c'est près de 7 000 professionnels de santé partenaires (opticiens, audioprothésistes, dentistes) qui garantissent des tarifs négociés, le service de tiers payant (dispense d'avance des frais) ainsi que des services personnalisés.



## Gestion

Un centre de services internalisé pour vous accompagner au quotidien dans la gestion de votre couverture santé. Des fonctionnalités digitales 24h/24 avec un espace dédié aux RH, un espace assuré pour chacun de vos salariés et une application mobile.

### INFORMATIONS SUR LE RATIO SINISTRES/PRIMES ET LES FRAIS DE GESTION

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale régissant le cadre des contrats responsables ainsi qu'à l'arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives au ratio Sinistres/Primes et aux frais de gestion en matière de garanties frais de santé, nous vous partageons les ratios suivants préalablement à votre souscription (ils vous seront ensuite communiqués annuellement tant que votre contrat sera en vigueur).

Tel que défini dans l'arrêté du 6 mai 2020, « Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. »

Tel que défini dans l'arrêté du 6 mai 2020, « Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

#### AG2R PREVOYANCE

<b>Ratio S/P</b>	88,7%
<b>Taux de frais de gestion</b>	20,5%



## Contact

L'équipe Viv' Santé Entreprise

06 18 11 38 24

[contactpme@diot-siaci.com](mailto:contactpme@diot-siaci.com)