

VIV'SANTE INDEPENDANT

La complémentaire santé pour les travailleurs non-salariés

Vos informations

Nom : 29

Prénom : 12

Le contrat Viv'Santé Indépendant est un contrat de complémentaire santé réservé aux travailleurs non-salariés. Ce contrat est éligible à la loi Madelin.

DATE D'EFFET

Le contrat prendra effet, au plus tôt :

- Au premier jour du mois en cours pour toute adhésion reçue entre le 1er et le 15 du mois ;
- Au premier jour du mois qui suit la date de réception pour toute adhésion reçue entre le 16 et le 31 du mois.

COTISATIONS

Les cotisations mensuelles sont fixées comme suit en % du PMSS.

PMSS 2024 : 3 864 €

PMSS : Plafond Mensuelle de la Sécurité Sociale.

A cela s'ajoute des droits d'adhésion à l'association UGIPS 6€ par an.

Le montant de la cotisation est fixé annuellement en fonction de votre âge au 1er janvier de l'année d'échéance. Il s'agit de tarifs par tranches d'âges : 31 à 40 ans, 51 à 60 ans....

L'âge est déterminé au 1er janvier de l'année par différence de millésime (si votre anniversaire est en juin, votre cotisation sera réajustée dès le 1er janvier). Les cotisations sont rajustées à compter du 1er janvier en fonction de votre année de naissance.

Cette partie dépend des valeurs entrées.

Tableau de garanties Viv'Santé Indépendant

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

| NATURE DES PRESTATIONS | TRANQUILLITE | BIEN-ETRE | Sucomplémentaire Non Responsable MEDIUM | Sucomplémentaire Non Responsable EXCELLENCE |
|--|--|--|---|---|
| | Garanties en complément de la Sécurité Sociale et du régime de base | | Garanties en complément de la Sécurité Sociale et du régime de base | |
| HOSPITALISATION médicale / chirurgicale ou maternité / obstétrique ¹ | | | | |
| Frais de séjour | Conventionné : 100% FR - SS Non Conventionné : 50% FR - SS dans la limite de 500% BR | Conventionné : 100% FR - SS Non Conventionné : 90% FR - SS dans la limite de 500% BR | - | - |
| Honoraires - Actes chirurgicaux en secteur conventionné ou non | TM + 120% BR Limité à TM + 100% BR pour les PNS.OPTAM/OPTAM-CO Limité à TM+100 % tarif d'autorité pour le non conventionné | TM + 300% BR Limité à TM + 100% BR pour les PNS.OPTAM/OPTAM-CO Limité à TM+100 % tarif d'autorité pour le non conventionné | +100% BR OPTAM et NON OPTAM | +200% BR OPTAM et NON OPTAM |
| Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée*) | 100% FR | 100% FR | - | - |
| Forfait actes lourds | 100% FR | 100% FR | - | - |
| Chambre particulière | 80 € / nuit | 100 € / nuit | - | +50€/nuit |
| Frais d'Accompagnant (pour enfant de moins de 16 ans) ² | 25 € / nuit | 50 € / nuit | - | - |
| SOINS COURANTS ET MEDECINE DOUCE | | | | |
| Pharmacie prescrite remboursée par RO | TM | TM | - | - |
| Pharmacie prescrite non remboursée par RO (vaccins, contraceptif, homéopathie...) | 80 € / an / Bénéficiaire | 150 € / an / Bénéficiaire | - | - |
| Consultations, visites généralistes | TM + 120% BR Limité à TM + 100% BR pour les PNS.OPTAM/OPTAM-CO | TM + 200% BR Limité à TM + 100% BR pour les PNS.OPTAM/OPTAM-CO | +100% BR OPTAM et NON OPTAM | +200% BR OPTAM et NON OPTAM |
| Consultations, visites spécialistes | TM + 200% BR Limité à TM + 100% BR pour les PNS.OPTAM/OPTAM-CO | TM + 300% BR Limité à TM + 100% BR pour les PNS.OPTAM/OPTAM-CO | +100% BR OPTAM et NON OPTAM | +200% BR OPTAM et NON OPTAM |
| Actes techniques médicaux, actes de chirurgie (Praticiens signataires du OPTAM/OPTAM-CO) | TM + 200% BR Limité à TM + 100% BR pour les PNS.OPTAM/OPTAM-CO | TM + 300% BR Limité à TM + 100% BR pour les PNS.OPTAM/OPTAM-CO | +100% BR OPTAM et NON OPTAM | +200% BR OPTAM et NON OPTAM |
| Radiologie | TM + 120% BR Limité à TM + 100% BR pour les PNS.OPTAM/OPTAM-CO | TM + 200% BR Limité à TM + 100% BR pour les PNS.OPTAM/OPTAM-CO | +100% BR OPTAM et NON OPTAM | +200% BR OPTAM et NON OPTAM |
| Auxiliaires médicaux et Laboratoire | TM + 100% BR | TM + 100% BR | - | - |
| Transport pris en charge par le RO | TM | TM | - | - |
| Médecine douce : Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, naturopathe, podologue, psychologue, psychomotricien, diététicien, orthophoniste / an / personne ³ | 40 € / Séance (max 5 / an / bénéf.) | 70 € / Séance (max 5 / an / bénéf.) | + 5€/séance (max 5/an/bénéf) | + 15€/séance (max 5/an/bénéf) |
| APPAREILLAGE | | | | |
| Prothèses Non Dentaires (Hors Prothèses Auditives) | TM + 100% BR | TM + 150% BR | - | +100% BR |
| Equipements 100% SANTE ⁴ | PLV - Ss | PLV - Ss | - | - |
| Prothèses auditives adulte (21 ans ou plus) ⁵ | 800 € - MR | 1 600 € - MR | - | +400 € |
| Prothèses auditives enfant (moins de 21 ans) ⁶ | 1 700 € - MR | 1 700 € - MR | - | +300 € |
| Accessoires, entretien et piles remboursés par la Ss | TM + 100% BR | TM + 300% BR | - | + 100% BR |
| DENTAIRE | | | | |
| Soins et prothèses dentaires 100% SANTE ⁴ | PLV - Ss | PLV - Ss | - | - |
| Soins conservateurs (suivi, détartrage...) | TM | TM | - | - |
| Inlays/onlays | TM + 200% BR | TM + 350% BR | - | - |
| Prothèses dentaires prises en charge par le RO | TM + 200% BR | TM + 350% BR | - | +100%BR |
| Prothèses dentaires non prises en charge par le RO max 3/an/personne | 240 € | 420 € | - | +120 € |
| Orthodontie prise en charge par le RO/semestre | TM + 200% BR | TM + 350% BR | - | +100%BR |
| Orthodontie non prise en charge par le RO /semestre max 4 | 200% BRR | 400%BRR | - | +100% BRR |
| Parodontologie / Prophylaxie Dentaire | TM + Forfait de 200 € / an / bénéf | TM + Forfait de 400 € / an / bénéf | - | +400€ |
| Implantologie (Implant & Pilier Implantaire) | 400 € / implant max 2 implants an / Bénéf | 800 € /implant max 2 implants an / Bénéf | +200€/implant max 2/an | +400€/implant max 2/an |
| OPTIQUE | | | | |
| ¹ équipement tous les deux ans sauf pour enfant de moins de 18 ans ou renouvellement lié à une évolution de la vue ⁷ | | | | |
| Equipements 100% SANTE ⁴ | PLV - Ss | PLV - Ss | - | - |
| Monture | 100 € | 100 € | +50 | +100 |
| Verre Unifocal | 100 € / verre | 150 € / verre | - | - |
| Verre Multifocal ou Progressif | 200 € / verre | 300 € / verre | - | +50€ / verre |
| Lentilles prises en charges ou non par le RO (yc produit d'entretien) | TM + Forfait de 150 € / an / bénéf | TM + Forfait de 300 € / an / bénéf | - | +100€ |
| Traitement corrections visuelles par chirurgie réfractive | 350 € / oeil | 800 € / oeil | - | +310€ / oeil |
| PREVENTION | | | | |
| Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 | 100% TM | 100% TM | - | - |
| Sevrage tabagique | 50 €/an/bénéf | 70 €/an/bénéf | - | - |
| Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, par année civile et par bénéficiaire | 80 € | 150 € | - | - |
| CURE THERMALE | | | | |
| Cure thermale remboursée Ss | TM + 100% BR | TM + 150% BR | - | - |
| SERVICES | | | | |
| Réseau de soins | accès au réseau Itelis | accès au réseau Itelis | - | - |
| Tiers payants généralisé | Inclus | Inclus | - | - |
| Assistance et téléconsultation | Inclus | Inclus | - | - |

* 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).

Les prestations sont exprimées en complément du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des frais réels (sauf mention contraire).

PKSS 2024 : 3 8646 (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

PNS.OPTAM/OPTAM-CO : Praticiens Non Signataires de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

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 - MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale - RSS : Remboursement Sécurité sociale

¹ Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge

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 des 30 jours, la garantie est limitée au Ticket modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1er jour au titre de l'hospitalisation

² Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par an/hospitalisation

³ Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropractiens ou par un institut en France agréé par l'Union européenne de Chiropractiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n°ADELI ou le n°FINESSE du praticien sera demandé.

⁴ dispositifs relatifs au 100% Santé, définis dans l'article L. 162-9 et L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

Porteur de risques

Dans le cadre de ce contrat le porteur de risques associé à cette police d'assurance est Axa.



Réseau de soins

Itelis c'est près de 7 000 professionnels de santé partenaires (opticiens, audioprothésistes, dentistes) qui vous 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 assuré et une application mobile.



Résiliation infra-annuelle

Vous pouvez, au-delà de la 1ère année de souscription, résilier votre contrat à tout moment. La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification, par lettre ou tout autre support durable.

Ratio prestations sur cotisations HT : 82,67%

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.

Ratio frais de gestion sur cotisation HT : 19,74%

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.



Contact

Anaïs CLERC

06 14 12 34 60

vip@diot-siaci.com