

LES REPONSES À VOS QUESTIONS POUR VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE



**VIVINTER, votre gestionnaire
Frais de santé à partir du
1^{er} janvier 2023**

1 Mon nouveau gestionnaire

1.1 Qui est mon nouveau gestionnaire et quel est son rôle?

Votre nouveau gestionnaire santé est **VIVINTER**.

L'assureur, La Mutuelle Générale, délègue à Vivinter les opérations de gestion suivantes :

- le **remboursement de vos dépenses de santé** dans la limite de votre complémentaire santé ;
- la **mise à disposition d'outils et services de gestion** pour faciliter le remboursement de vos dépenses santé (Equipe de gestion dédiée, Tiers Payant, télétransmission NOEMIE, accueil téléphonique, extranet assuré et application mobile).

1.2 Qui est mon assureur et quel est son rôle ?

Votre assureur devient **La Mutuelle Générale**.

Son rôle est :

- d'**assurer le risque** ;
- d'**établir les pièces contractuelles** (contrat et notice d'information) ;
- de proposer les **services** suivants : garanties Assistance, Fonds social, Réseau de soins

1.3 Quel est le lien entre mon gestionnaire et mon assureur ?

Le gestionnaire gère le contrat pour le compte de l'assureur (affiliation, remboursement...).

1.4 A partir de quelle date je change de gestionnaire ?

Vous changez de gestionnaire à compter du 1^{er} janvier 2023.

1.5 Où puis-je trouver ses coordonnées ?

Les coordonnées du nouveau gestionnaire se trouvent dans l'emailing ou le courrier que vous allez recevoir à votre domicile relatif au changement de gestionnaire.

Vous pouvez également les retrouver sur internet à l'adresse suivante:

<https://www.vivinter.fr/fr/nous-contacter.html>

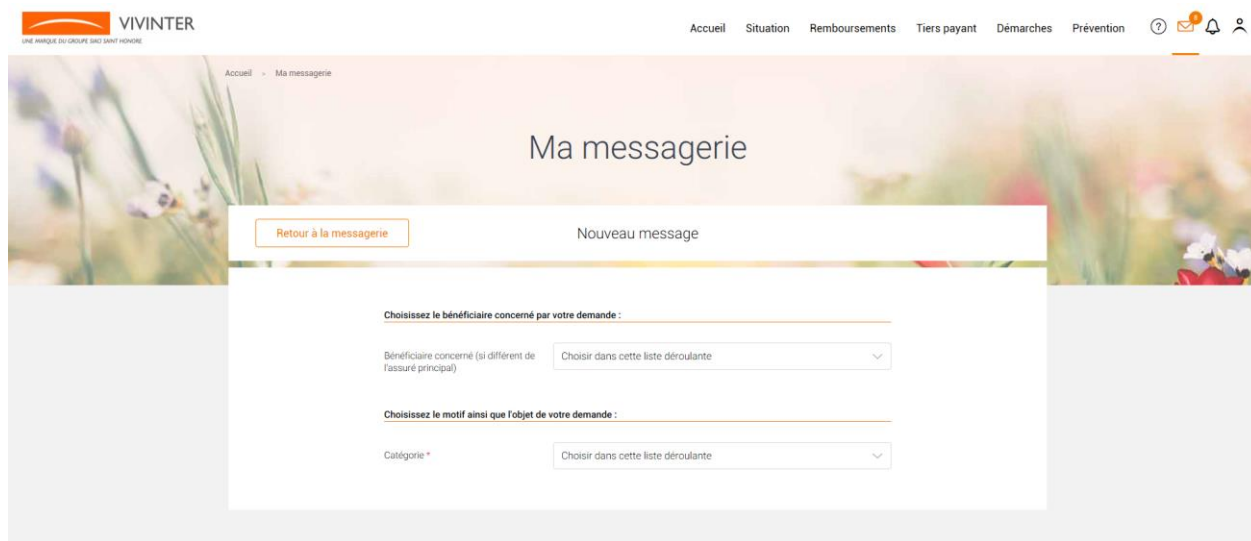
1.6 Le gestionnaire a-t-il un site internet ?

Oui, www.vivinter.fr.

1.7 Quand le contacter ?

Vous pouvez contacter votre nouveau gestionnaire à compter du 1^{er} janvier 2023.

Vous pouvez le contacter directement via l'Espace assuré depuis votre « messagerie » ou par téléphone au : **01.70.91.39.01**



1.8 A partir de quand mon extranet assuré / application mobile est-il activé ?

Début janvier 2023, **Vivinter vous enverra un email contenant vos identifiants** pour vous connecter à votre Espace Assuré et votre application mobile.

En cas d'affiliation postérieure au 1er janvier 2023, dès saisie de votre dossier d'affiliation et de votre adresse email, Vivinter vous enverra un email d'activation contenant vos identifiants pour vous connecter à votre extranet Assuré et votre application mobile.

1.9 Je n'ai pas reçu mes codes d'accès pour aller sur le site internet du gestionnaire ?

L'adresse e-mail que vous avez déclarée auprès de votre ancien gestionnaire vous permet de réaliser votre première connexion à compter du 1^{er} janvier 2023.

Si vous n'avez pas déclaré d'e-mail, une procédure de première connexion spécifique est possible sur la base de vos informations personnelles communiquées.

En cas de difficulté vous pouvez appeler le **01.70.91.39.01**

1.10 J'ai perdu mes codes d'accès pour aller sur le site internet du gestionnaire ?

Cliquez sur « *j'ai oublié mon mot de passe* » et laissez-vous guider.

Vous pouvez également contacter Vivinter par téléphone au **01.70.91.39.01** et ils vérifieront avec vous votre adresse email.

1.11 Quand vais-je recevoir ma nouvelle carte de tiers payant ?

Votre nouvelle carte de tiers payant Vivinter vous sera transmise courant Décembre 2022.

Elle sera également téléchargeable et imprimable en ligne à partir du 1^{er} janvier 2023 sur : [www.vivinter.fr / Espace assuré / Votre tiers payant](http://www.vivinter.fr/Espace-assuré/Votre-tiers-payant).

1.12 Puis-je la télécharger sur mon mobile ?

Vous pouvez télécharger votre carte de tiers payant sur l'[application mobile Vivinter](#).

1.13 De combien de carte de TP je disposerai ?

Vous et votre conjoint disposerez chacun d'une carte de TP ainsi que vos éventuels enfants majeurs.

1.14 Mon fils étudiant règle directement ses frais de santé, peut-il percevoir ses remboursements par virement sur son compte bancaire ?

Effectivement, Vivinter pourra verser les remboursements directement sur le compte de votre enfant.

Vous devrez dans ce cas transmettre à Vivinter son RIB directement depuis votre Espace Assuré VIVINTER via la messagerie / catégorie « mon contrat ».

2

Mes garanties et cotisations

2.1 Mes garanties changent-elles au 1^{er} janvier 2023 ?

Oui, certaines de vos garanties changeront au 1^{er} janvier 2023 dans le cadre de l'évolution de la Convention Collective Nationale de la Métallurgie.

2.2 Où puis-je trouver, mes garanties ?

Vous pouvez trouver, vos garanties dans votre [Espace Assuré Vivinter](#) à la rubrique « Mes documents utiles ».

2.3 Mes cotisations augmentent-elles ?

Oui, les cotisations évolueront à la fois au 1^{er} janvier 2023 ainsi qu'au 1^{er} janvier 2024.

2.4 Comment est-ce que je règle mes cotisations ?

Les cotisations sont appelées directement sur votre fiche de paie.
Seuls les inactifs adhérents au régime sont prélevés sur le compte bancaire par VIVINTER.

3.1 Mon gestionnaire change au 1^{er} janvier, dois-je prévenir la SS ?

Dans le cadre du changement de gestionnaire santé au 1^{er} janvier 2023, **vous n'avez aucune démarche à effectuer** auprès de votre centre de Sécurité sociale.

Vivinter se charge d'effectuer les démarches nécessaires relatives à votre télétransmission NOEMIE directement auprès de votre centre de Sécurité sociale.

Toutefois, si vous le souhaitez, vous avez la possibilité depuis votre espace personnel AMELI de choisir le gestionnaire Vivinter.

3.2 J'ai changé de situation de famille, qui dois-je prévenir ?

Vous devez récupérer un bulletin d'affiliation auprès de votre service du personnel et le transmettre dûment complété à jour de votre nouvelle situation de famille sur [l'Espace Assuré](#) qui sera disponible à compter du 1^{er} janvier 2023.

3.3 Dois-je montrer ma nouvelle carte de Tiers payant aux pharmaciens et aux autres organismes pratiquant le tiers-payant ?

En effet, **vous devez présenter votre nouvelle carte de tiers payant** aux professionnels de santé (pharmacie, laboratoire, hôpital, ...) à compter du 1^{er} janvier 2023.

4 Les anomalies possibles

4.1 Je ne suis plus remboursé, pourquoi ?

Fréquemment, il s'agit d'un chevauchement de complémentaire santé : la demande de déconnexion de votre ancien gestionnaire n'a pas fonctionné.

Dans le cadre du changement de gestionnaire au 1^{er} janvier 2023, la mise en place de la télétransmission NOEMIE avec votre nouveau gestionnaire VIVINTER peut prendre quelques jours.

Si après quelques jours, la télétransmission NOEMIE avec VIVINTER ne fonctionne pas il conviendra de vous connecter sur votre espace **ameli.fr** afin de sélectionner votre organisme complémentaire de rattachement (voir question 4.2 et 6.1).

Vous pourrez également contacter votre ancien gestionnaire afin de lui demander de se déconnecter.

4.2 Ma Sécurité sociale m'indique que je n'ai plus de mutuelle ?

Dans ce cas, la télétransmission est interrompue. Vous êtes potentiellement en chevauchement de contrat.

Rendez-vous sur votre espace ameli.fr pour vérifier le nom de votre organisme complémentaire de rattachement.

Dans la rubrique Mes informations / Complémentaire santé, visualisez le nom de l'organisme complémentaire pour vous et vos bénéficiaires et sélectionnez VIVINTER.

5.1 J'ai fait un devis dentaire en décembre 2022, le nouveau gestionnaire me remboursera-t-il ? Dois-je refaire un devis ?

Un devis réalisé en 2022 n'engage pas VIVINTER sur le règlement de vos soins notamment si l'ancien gestionnaire a fait une erreur.

Nous vous préconisons de faire une nouvelle demande de devis à votre nouveau gestionnaire Vivinter.

5.2 Comment transmettre un devis à mon nouveau gestionnaire ?

Vous pouvez adresser vos devis directement depuis votre Espace Assuré via le formulaire dédié à ce type de demande. Vous serez guidé et saurez quels documents nous joindre par type de devis.

Vous pourrez également le faire via l'application mobile VIVINTER.

5.3 Comment s'effectue une demande de prise en charge hospitalière ?

Depuis le 1^{er} avril 2022, la prise en charge hospitalière a été dématérialisée. Vous n'avez plus à envoyer vos demandes de prises en charge à Vivinter, l'établissement hospitalier s'occupe de tout. Seul le reste à charge sera à régler.

Il vous suffira de présenter votre carte vitale et votre carte de tiers-payant.

Dans le cas où l'établissement hospitalier ne souhaite pas faire la demande de prise en charge, il sera nécessaire de prendre contact avec Vivinter et communiquer les informations suivantes :

- votre nom
- votre prénom
- votre date de naissance
- votre numéro de Sécurité Sociale
- la date d'hospitalisation
- le code DMT (Discipline Médico Tarifaire)
- le numéro FINESS de l'établissement hospitalier
- le n° de fax ou adresse mail de l'établissement hospitalier

Prise en charge hospitalière

Tout savoir sur le Tiers Payant Hospitalier !

Le tiers payant hospitalier

Depuis le 1^{er} avril 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 suffira de présenter votre carte vitale ainsi que votre carte de Tiers Payant.

5.4 Mon enfant a commencé l'orthodontie en novembre 2022, pourrait-il finir les soins ?

En effet, votre enfant pourra continuer ses soins commencés en novembre 2021. Vivinter se chargera du remboursement des soins dont la date de survenance sera postérieure au 1^{er} janvier 2023.

5.5 J'ai commencé des séances de kiné et j'ai une facture avec des séances sur 2021 et 2022. A qui dois-je envoyer ma facture ?

Pour les soins démarrés avant le 1^{er} Janvier 2023 et se déroulant sur plusieurs mois (séances de kinésithérapie, traitements dentaires, orthodontie, etc.), votre ancien gestionnaire prendra également en charge les soins jusqu'à cette date et VIVINTER commencera à vous régler les soins intervenant à partir du 1^{er} Janvier 2023.

5.6 Puis je renouveler mes lunettes en 2022 ?

Vos compteurs optiques actuels seront conservés et nous seront transmis par votre ancien gestionnaire.

Ainsi, si vous avez effectué un équipement optique en janvier 2022, vous ne serez remboursés pour un nouvel équipement qu'à compter de janvier 2024 (sauf éventuelle évolution de votre correction visuelle ou pour vos enfants de moins de 16 ans).

5.7 A qui dois-je envoyer mes factures au 1^{er} janvier 2023 ?

Toutes vos factures relatives à des soins survenus à compter du 1^{er} janvier 2023 doivent être adressées à votre nouveau gestionnaire VIVINTER.

En 2023, les factures relatives à des soins antérieurs au 31 décembre 2022 devront être transmises à votre ancien gestionnaire.

5.8 Comment puis-je voir si je suis remboursé par la mutuelle ?

Vous pouvez suivre vos remboursements directement dans votre **Espace Assuré VIVINTER** ou dans l'application mobile **VIVINTER**.

5.9 Suis-je remboursé après chaque acte quel qu'en soit le montant ?

En effet, vous êtes remboursé par virement après chaque acte quel qu'en soit le montant.

Si vous n'avez pas communiqué votre RIB, les remboursements se feront par chèque.

Dans ce cas il faut atteindre un montant de 25€ pour que le chèque soit envoyé.

5.10 Puis-je transmettre des justificatifs dématérialisés (mail, photo...) ?

Vous pouvez adresser vos justificatifs ainsi que vos factures directement depuis votre **Espace Assuré via le formulaire de remboursement** dédié à ce type de demande. Vous serez guidé et saurez quels documents nous joindre par type de soins.

Vous pourrez également le faire via l'application mobile **VIVINTER**.

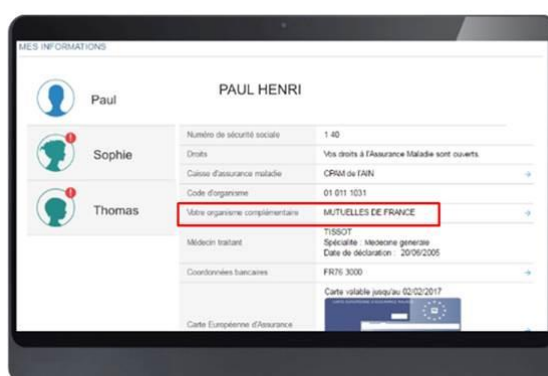
6 La télétransmission NOEMIE

6.1 Votre télétransmission est bloquée pour motif « chevauchement de contrat » ?

Votre situation NOEMIE (télétransmission) est « bloquée » ?

Rendez-vous sur votre espace Ameli pour vérifier le nom de votre organisme complémentaire de rattachement.

Dans la rubrique Mes informations / Complémentaire santé, visualisez le nom de l'organisme complémentaire pour vous et vos bénéficiaires et sélectionnez **VIVINTER**.



6.2 Que dois-je faire pour être remboursé si je ne bénéficie pas de la télétransmission NOEMIE ?

Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission NOEMIE, vous devez nous transmettre les **décomptes de remboursements délivrés par la Sécurité sociale** ainsi que les factures ou les pièces complémentaires nécessaires au remboursement.

Vous pouvez adresser vos décomptes Sécurité sociale ainsi que vos factures directement depuis votre espace assuré **via le formulaire de remboursement dédié à ce type de demande**. Vous serez guidés et saurez quels documents nous joindre par type de soins.

Ou bien par courrier (VIVINTER – TSA 70 004 – 93 414 Saint-Denis Cedex).

6.3 Puis-je bénéficier du tiers payant si je ne bénéficie pas de la télétransmission NOEMIE ?

VIVINTER vous permet de bénéficier d'un réseau de tiers payant.

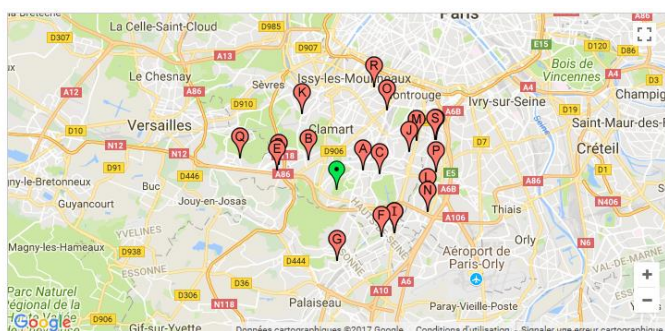
Le tiers payant est le mécanisme par lequel votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou votre assurance complémentaire règle directement à votre place vos dépenses aux professionnels de santé (Dans la limite de vos garanties).

Votre carte de tiers payant vous permet donc d'éviter l'avance de frais auprès des praticiens conventionnés.

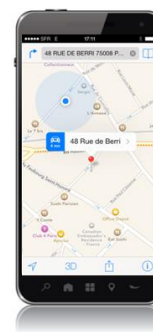
6.4 Comment trouver mon professionnel de santé pratiquant le tiers payant ?

A partir de votre Espace Assuré :

- **Bénéficiez d'informations sur le service de tiers payant** et les réseaux de soins dans les rubriques :
Professionnels de santé / Comprendre le tiers payant et Mon service tiers payant.
- **Géolocalisez les praticiens partenaires pratiquant le tiers payant** et / ou des avantages tarifaires dans la rubrique Professionnels de Santé / Trouver un professionnel de santé





Pour être sûr de bénéficier des avantages réseau, pensez à vérifier que le professionnel de santé que vous avez choisi est



**Géolocaliser un
« Professionnel de santé »**

7 Glossaire

- **Base de remboursement** : tarif de la Sécurité Sociale
- **BRR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée
- **Ticket Modérateur** : partie non remboursée par la Sécurité Sociale par rapport à son tarif.
- **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Le plafond est revu chaque année au 1er janvier. Il s'établit à 3 428€ en 2021.
- **L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)**
Depuis le 1er janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS) est remplacé par l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et par l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens.
L'OPTAM est proposée aux médecins de secteur 2 (et à certains médecins de secteur 1) les incitant à modérer leurs honoraires en contrepartie d'avantages sociaux.
Pour plus d'information : www.ameli.fr ou www.annuaire.santé.ameli.fr
- **HORS OPTAM** : Hors option pratique tarifaire maîtrisée
- **RESPONSABLE** : garanties respectant les plafonds et planchers imposés par la loi. Cotisations soumises à une taxe de 13,27% (incluse dans les cotisations payées)
- **NON RESPONSABLE** : garanties ne respectant pas les plafonds et planchers imposés par la loi. Cotisations soumises à une taxe de 20,27% (incluse dans les cotisations payées)

 SECTEUR 1	 SECTEUR 2
<p>La règle : les médecins conventionnés en secteur 1 appliquent le tarif conventionnel, c'est-à-dire le tarif fixé par la Sécurité sociale. Ils ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires sauf cas énumérés ci-dessous.</p> <p>Cas autorisés de dépassement :</p> <ul style="list-style-type: none">• En cas d'exigence particulière du patient : consultation week-end, visite à domicile en dehors des heures habituelles,...• Consultation en dehors du parcours de soins coordonné : Les médecins spécialistes de secteur 1 consultés en dehors du parcours de soins coordonné peuvent majorer jusqu'à 17,5% les tarifs de la consultation et les tarifs des actes techniques. Par ailleurs, le remboursement de la Sécurité Sociale sera minoré, vous serez donc moins bien remboursé.	<p>La règle : les médecins conventionnés en secteur 2 fixent librement leurs honoraires et peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires "avec tact et mesure". Ces dépassements ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale.</p> <p>Médecins ayant adhéré à l'Optam – Optam Co :</p> <ul style="list-style-type: none">- Dépassements d'honoraires encadrés par le contrat et limités- Bases de remboursement optimisées (tarifs secteur 1)- Garanties complémentaires santé non plafonnées par la Loi <p>Médecins n'ayant pas adhéré à l'Optam – Optam Co :</p> <ul style="list-style-type: none">- Dépassements d'honoraires libres- Bases de remboursement SS moins avantageuses- Prise en charge des dépassements d'honoraires limité à 100% de la BR <p>L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.</p>
<p>Médecins Non Conventionnés ou SECTEUR 3</p> <p>Certains médecins peuvent également exercer sans convention médicale. Par extension, on appelle cela le secteur 3. Dans ce cas, le médecin peut fixer librement ses honoraires et le remboursement de la Sécurité sociale est minoré.</p>	