

SOINS COURANTS	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Consultations, visites, généralistes ou spécialistes CAS, sages-femmes (conventionnés ou non)	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux : Infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes de biologie médicale : analyses, prélèvements, examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Actes de chirurgies - actes d'obstétrique - actes d'anesthésie (hors milieu hospitalier) CAS	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) CAS	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR

PHARMACIE	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

HOSPITALISATION	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Honoraires : actes cliniques et techniques CAS	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétrique - actes d'anesthésie CAS	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Frais de séjour	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Forfait journalier hospitalier (0)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec hébergement (1)	-	50 € / jour	70 € / jour	90 € / jour
Forfait accompagnant de l'enfant de moins de 18 ans (2)	-	15 € / jour	25 € / jour	30 € / jour
Forfait confort à l'hôpital (3)	-	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour

OPTIQUE (4)	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
FORFAIT TM INCLUS, remboursé tous les 2 ans, sauf enfants - 18 ans et changement de dioptrie, le forfait est annuel				
2 Verres simples (dont monture)	100 € (max 50€)	150 € (max 75€)	200 € (max 100€)	300 € (max 150€)
Verres mixtes : 1 verre simple + 1 verre complexe (dont monture)	150 € (max 50€)	200 € (max 75€)	300 € (max 100€)	400 € (max 150€)
2 Verres complexes (dont monture)	200 € (max 50€)	300 € (max 75€)	400 € (max 100€)	500 € (max 150€)
Forfait lentilles remboursées ou non par le RO tous les deux ans (TM inclus) (5)	100 % BR	150 €	200 €	300 €
Chirurgie réfractive de l'œil (forfait par année civile)	-	400 €	500 €	600 €

DENTAIRE	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Frais de soins et actes (y compris Inlay / Onlay)	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses remboursées par le RO (y compris Inlay Core)	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Forfait annuel prothèse non remboursées par le RO mais figurant à la nomenclature Sec, Soc	-	200 €	300 €	400 €
Orthodontie (orthopédie dento-faciale) remboursée par le RO	125 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Forfait annuel orthodontie non remboursée par le RO	-	200 €	300 €	400 €
Forfait annuel IPP (Implantologie*, Parodontologie, Prophylaxie bucco-dentaire)	-	200 €	300 €	400 €
Plafond annuel de la garantie dentaire (6)	-	1000 €	1500 €	2000 €

APPAREILLAGE	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages, prothèses, orthèses	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Prothèses auditives	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Cure thermale prise en charge par le RO (soin, forfait thermal, hébergement)	100 % BR	TM + 100 €	TM + 200 €	TM + 200 €
Frais de transport (pris en charge par le RO)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccin anti-grippe	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Actes de prévention contrats responsables	100 %	100 %	100 %	100 %

PRESTATIONS BIEN-ETRE ET PREVENTION (7)	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Montant annuel du forfait global	-	90 €	120 €	150 €
Médecines douces ostéopathie, chiropractie, acupuncture, éthiopathe, nutritionniste, psychomotricien), dans la limite du forfait annuel**	-	20€/consultation Max.4 consultations /bénéficiaire/an	30€/consultation Max.4 consultations /bénéficiaire/an	35€/consultation Max.4 consultations /bénéficiaire/an
Homéopathie et pharmacie non remboursées par le RO avec prescription*** Forfait fournitures et entretien appareillage auditif Forfait vaccins avec prescriptions non remboursés par le RO Appareillage médical avec prescription non remboursés par le RO Visite annuelle du sport + test d'efforts Sevrage tabagique Prothèse capillaire suite à radio/chimiothérapie**** Consultation psychologue libéral**** Pilule contraceptive + assistance médicale à la procréation**** Pédicure / podologue	-	Prestations utilisables dans la limite du forfait annuel	Prestations utilisables dans la limite du forfait annuel	Prestations utilisables dans la limite du forfait annuel

ASSISTANCE	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse

Offre Administrés • Grille de garanties



ALLIANCE SANTÉ

CAS : Contrat d'accès aux soins. Les garanties HORS CAS sont inférieures d'au moins 20% aux garanties CAS, Hors VIVA 1 dont la prise en charge est égale au panier de soins ANI. RO : Régime Obligatoire. TM : Ticket Modérateur. CP/CG : Conditions Particulières, Conditions Générales. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. BR : Base de Remboursement. Les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de l'adoption du présent contrat. Les forfaits lunettes incluent la prise en charge du ticket modérateur. La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire pour acte coûteux.

(0) Dans les conditions mentionnés dans les CG/CP.

(1) Prise en charge limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en établissements psychiatriques et en établissements de soins de suite et de réadaptation. La limite est portée à 120 jours par année civile et par bénéficiaire en centre de rééducation, déduction faite des 60 jours si cumul de 2 types d'hospitalisations. Quelle que soit la catégorie d'établissement, la nature et la durée du séjour, la prise en charge de la chambre particulière par année civile et par bénéficiaire est plafonnée à un montant égal à 2 fois le PMSS en vigueur.

(2) Forfait limité à 60 jours par an et par bénéficiaire.

(3) Forfait confort (TV, téléphone, wifi, chambre particulière ne donnant pas lieu à hébergement...) limité à 30 jours par an et par bénéficiaire quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

(4) Conditions et modalités d'utilisation de la garantie précisées à l'article 15-4 des conditions générales et aux conditions particulières.

(5) Une fois le remboursement atteint par le bénéficiaire au cours de l'année civile, les remboursements par la Mutuelle seront limités au ticket modérateur.

(6) Plafond applicable sur l'ensemble des prestations dentaires. Une fois le plafond atteint par le bénéficiaire au cours de l'année civile, les remboursements par la Mutuelle seront limités à 125% de la BR sur les prothèses sur les prothèses et l'orthodontie pris en charge par le RO.

(7) Forfait annuel global à utiliser librement sur les consultations de médecine douce et autres prestations.

Implants : limités à trois par an et par bénéficiaire.

** Inscrit au répertoire ADEL, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste, disposant des diplômes leur permettant de pratiquer ces actes légalement.

*** La pharmacie et l'homéopathie prescrite non remboursée par le RO prennent en charge : les antihistaminiques, les veinotoniques, les médicaments contre les troubles du sommeil, les médicaments contre les troubles de la ménopause (traitement hormonal substitutif).

**** Prestations prises en charge si non remboursées par le RO.