

 SOINS COURANTS	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
<b>Honoraires médicaux : consultations et actes techniques</b>				
Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%
Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...				
Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%
Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues				
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	125%	150%
<b>Médicaments</b>				
Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	100%	100%	100%	100%
Vaccin anti-grippe	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	100%	150%	200%	300%
Transports pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%

 HOSPITALISATION	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
<b>Honoraires : actes techniques et cliniques</b>				
Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%
Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>				
Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	150%	200%	300%
Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	150%	200%	300%
Forfait journalier hospitalier (1)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	50 € / jour	70 € / jour	90 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (3)	-	15 € / jour	25 € / jour	30 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, jeux, chambre particulière en ambulatoire (4)	-	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour

 OPTIQUE	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Equipements 100% santé (6)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
<b>Equipements à tarifs libres (6)</b>				
Verres simples+monture	100€ dont 50€ max monture	150€ dont 75€ max monture	200€ dont 100€ max monture	300€ dont 100€ max monture
Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	150€ dont 50€ max monture	200€ dont 75€ max monture	300€ dont 100€ max monture	400€ dont 100€ max monture
Verres complexes+monture	200€ dont 50€ max monture	300€ dont 75€ max monture	400€ dont 100€ max monture	500€ dont 100€ max monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (7)	100%	150 € / 2 ans	200 € / 2 ans	300 € / 2 ans
Autres prestations optiques 100% santé (8)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	100%	100%	100%	100%
Chirurgie réfractive	-	400 € / oeil / an	500 € / oeil / an	600 € / oeil / an

 DENTAIRE	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay) (8)	100%	125%	150%	200%
<b>Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)</b>				
Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	125%	200%	300%	400%
Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (9)	-	200 € / an	300€ / an	400 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	125%	200%	250%	300%
Orthodontie non prise en charge par le RO (10)	-	200 € / an	300€ / an	400 € / an
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO (9)	-	200 € / an	300€ / an	400 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé) (11)	-	1000€ / an	1500€ / an	2000€ / an

AIDES AUDITIVES	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Equipements 100% santé (12)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (12)	100%	150%	200%	300%

PRESTATIONS BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Cures thermales : Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (13)	100%	100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 200 €
Actes de prévention pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%
<b>Bien-être (14)</b>	-	<b>90€ / an</b>	<b>120€ / an</b>	<b>150€ / an</b>
Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope, diététicien, psychomotricien (15)	-	20€ / séance	30€ / séance	35€ / séance
Homéopathie et pharmacie prescrites (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%)	Prestations utilisables dans la limite du forfait global			
Fournitures et entretien appareillage auditif				
Vaccins prescrits				
Appareillage médical prescrit (achat ou location)				
Visite annuelle du sport + test d'effort				
Substituts nicotiques/ Sevrage tabagique prescrits				
Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie				
Psychologue libéral, psychothérapie				
Contraception prescrite				
Assistance médicale à la procréation				
Pédicure/podologue				

ASSISTANCE ET SERVICES	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	Oui	Oui	Oui	Oui
Réseau de soins optique	Oui	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation	Oui	Oui	Oui	Oui

BR : Base de Remboursement; BRR : Base de Remboursement Reconstituée; CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux; DR : Dépense Réelle; FR : Frais Réels; MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; PEC RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; NON PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; RO : Régime Obligatoire; RSS : Remboursement Sécurité Sociale; SMR : Service Médical Rendu; TA : Tarif d'Autorité; TM : Ticket Modérateur; AM : Alsace Moselle; HAM : Hors Alsace Moselle. Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire.

- Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- 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 de l'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.
- Prise en charge limitée à 60 jours par an, par bénéficiaire et limitée aux enfants de moins de 18 ans.
- Prise en charge limitée à 30 jours par année civile, par bénéficiaire.
- L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :
  - d'une prescription,
  - d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.
- Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.
- Forfait valable pour 2 ans, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.
- Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.
- Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.
- Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).
- 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 et l'orthodontie remboursées par le RO.
- Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.
- Forfait annuel.
- Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADEL ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINESS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.
- Maximum 4 séances par bénéficiaire et par an.