



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-ACO	100 %	125 %	150 %	200 %
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	100 %	100 %	130 %	180 %
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...				
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	100 %	125 %	150 %	200 %
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	100 %	100 %	130 %	180 %
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues				
Séances de psychologues prises en charge par le RO (1)	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire				
Médicaments				
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	100 %	100 %	100 %	100 %
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO (liste disponible sur ameli.fr)	100 %	100 %	100 %	100 %
- Vaccins anti-grippe	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...				
Transport pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Hospitalisation</b>				
Honoraires : actes technique et cliniques				
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	100 %	125 %	150 %	200 %
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	100 %	100 %	130 %	180 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux				
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	100 %	150 %	200 %	300 %
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	100 %	130 %	180 %	200 %
Frais de séjour				
Forfait journalier hospitalier (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	Oui	Oui	Oui	Oui
Chambre particulière avec nuitée (3)	-	50 € / jour	70 € / jour	90 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	15 € / jour	25 € / jour	30 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (5)	-	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour
<b>Optique (6)</b>				
Equipements 100% Santé (7)				
	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 (7)				
- Verres simples + monture	100 € dont 50 € max monture	150 € dont 75 € max monture	200 € dont 100 € max monture	300 € 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
- Verres très complexes + monture	200 € dont 50 € max monture	300 € dont 75 € max monture	400 € dont 100 € max monture	500 € 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 mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	150 € dont 50 € max monture	200 € dont 75 € max monture	300 € dont 100 € max monture	400 € dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + 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) (8)				
	100 %	150 € pour 2 ans	200 € pour 2 ans	300 € pour 2 ans
Autres prestations optiques 100% Santé (9)				
	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 (9)				
	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie réfractive				
	-	400 € / oeil / an	500 € / oeil / an	600 € / oeil / an
<b>Dentaire</b>				
Soins et prothèses relevant du dispositif 100 % Santé (9)				
	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 (9)				
	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% Santé (9)				
- 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 (10)	-	200 € / an	300 € / an	400 € / an
- Inlays / Onlays pris en charge par le RO	-	125 %	150 %	200 %
Orthodontie prise en charge par le RO				
	150 %	200 %	250 %	300 %
Orthodontie non prise en charge par le RO (11)	-	200 € / an	300 € / an	400 € / an
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RP (10)	-	200 € / an	300 € / an	400 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100 % santé) (12)				
	-	1 000 € / an	1 500 € / an	2 000 € / an



au 1<sup>er</sup> janvier 2026

Entre nous, c'est humain

Aides auditives	VIVA 1	VIVA 2	VIVA 3	VIVA 4
Equipements 100% Santé (13)	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 (13)	100 %	150 %	200 %	300 %
<b>Cures Thermales prises en charge par le RO</b>				
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : si prestations prises en charge par le RO (14)	100 %	100 % + 100 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €
<b>Prévention</b>				
Actes de prévention pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Bien-être (15)</b>				
Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, diététicien, psychomotricien (16)	-	90 € / an	120 € / an	150 € / an
Homéopathie et pharmacie (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) prescrites (14)	-	20 € / séance	30 € / séance	35 € / séance
Fournitures et entretien appareillage auditif	-			
Vaccins prescrits	-			
Appareillage médical prescrit (achat ou location)	-			
Visite annuel du sport + test d'effort	-			
Substituts nicotiniques / Sevrage tabagique prescrits	-			
Prothèses capillaires suite à radio /chimiothérapie	-			
Psychologue libéral, psychothérapie	-			
Contraception prescrite	-			
Assistance médicale à la procréation	-			
Pédicure / podologue	-			
<b>Assistance et services</b>				
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	Oui	Oui	Oui	Oui
Réseau de soins optique	Oui	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation	Oui	Oui	Oui	Oui

Prestations utilisables dans la limite du forfait global.

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-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité d'Anesthésie-réanimateurs, 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 remboursements 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. En cas de modification de la PEC RO, la prise en charge de la mutuelle compensera automatiquement ce déremboursement. Les prestations forfaitaires (hors équipements optiques (monture et verres) et audioprothèses) et les plafonds en euros ainsi que les limites en jours s'entendent par bénéficiaire et par année(s) civile(s), ils se renouvellent au 1er janvier suivant la fin de périodicité précisée.

(1) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»

(2) 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.

(3) 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.

(4) Prise en charge limitée à 60 jours par an, par bénéficiaire et limitée aux enfants de moins de 18 ans.

(5) Prise en charge limitée à 30 jours par année civile, par bénéficiaire.

(6) 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.

(7) 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.

(8) Forfait valable pour 2 ans, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(10) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.

(11) Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

(12) 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.

(13) 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.

(14) Forfait annuel.

(15) 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.

(16) Maximum 4 séances par bénéficiaire et par an.