

SOINS COURANTS	RO	VIVA'PLUS 3	VIVA'PLUS 4
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques : généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	150%	200%
Honoraires paramédicaux PEC RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	150%	200%
HOSPITALISATION			
Honoraires : actes techniques et cliniques : praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	150%	200%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%	300%
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	70 € / jour	90 € / jour
OPTIQUE			
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (5)	-	-	-
- Verres simples + monture	60%	200€ dont 100€ max monture	300€ dont 100€ max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	300€ dont 100€ max monture	400€ dont 100€ max monture
- Verres complexes + monture	60%	400€ dont 100€ max monture	500€ dont 100€ max monture
DENTAIRE			
Soins et prothèses dispositif 100% santé (7)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO hors dispositif 100% santé (y.c inlay onlay) (7)	70%	150%	200%
Prothèses hors dispositif 100% santé PEC RO (y.c inlay core) (7)	70%	300%	400%
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO (8)	-	300€ / an	400€ / an
AIDES AUDITIVES			
Equipements 100% santé (à compter du 01/01/2021) (10)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (10)	60%	200%	300%
BIEN-ÊTRE (13)			
Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope, diététicien, psychomotricien (14)	-	30€/ consultation (max 4 consultations/an/ bénéficiaire)	35€/ consultation (max 4 consultations/an/ bénéficiaire)

AM : Alsace-Moselle ; **BR** : Base de remboursement ; **HAM** : Hors Alsace-Moselle ; **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** : Pris en charge ; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; **RO** : Régime Obligatoire ; **TM** : Ticket Modérateur.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 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 Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés). 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.

(1) 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. (2) 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. (3) Prise en charge limitée à 60 jours par an, par bénéficiaire et limitée aux enfants de moins de 18 ans. (4) Prise en charge limitée à 30 jours par année civile, par bénéficiaire. (5) 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. (6) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM. (7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. (8) Implants : limités à 3 par an par bénéficiaire. (9) 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. (10) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. (11) Uniquement si la cure est prise en charge par le RO. (12) Forfait annuel. (13) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations dans la limite du montant indiqué. (14) 35€ par séance, maximum 4 consultations par bénéficiaire et par an, dans la limite du forfait bien-être global. Praticiens inscrits 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 d'exercer les actes légalement. Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.