

LES GARANTIES VIVACTIV'SANTÉ



FORMULES RESPONSABLES

FORMULES NON RESPONSABLES#

VIVA 1

VIVA 2

VIVA 3

VIVA 4

VIVA 5
(VIVA'SUP)

VIVA 6
(VIVA'SUP)

SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques						
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%	300%	400%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%	300%	400%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...						
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%	300%	500%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%	300%	500%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100%	125%	150%	200%	300%	500%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	125%	150%	200%	400%
Médicaments						
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Vaccin anti-grippe	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	100%	150%	200%	300%	400%	500%
Transports pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%

HOSPITALISATION						
Honoraires : actes techniques et cliniques						
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%	300%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%	300%	400%
Honoraires médicaux et chirurgicaux						
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	150%	200%	300%	400%	500%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	130%	180%	200%	400%	500%
Frais de séjour (1)	100%	150%	200%	300%	400%	Frais réels
Forfait journalier hospitalier (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (3)	-	50 € / jour	70 € / jour	90 € / jour	120 € / jour	120 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	15 € / jour	25 € / jour	30 € / jour	35 € / jour	50 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (5)	-	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (6)	-	-	-	-	600 €	800 €

OPTIQUE (7)						
Equipements 100% santé (8)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente					
Equipements à tarifs libres (8)						
- Verres simples+monture (dont maximum monture)	100€ (50€)	150€ (75 €)	200€ (100€)	300€ (100€)	400€ (200€)	600€ (250€)
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture (dont maximum monture)	150€ (50€)	200€ (250€)	300€ (100€)	400€ (100€)	500€ (200€)	700€ (250€)
- Verres complexes+monture (dont maximum monture)	200€ (50€)	300€ (250€)	400€ (100€)	500€ (100€)	600€ (200€)	900€ (250€)
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (9)	100% BR	150 € / 2 ans	200 € / 2 ans	300 € / 2 ans	400 € / 2 ans	600 € / 2 ans
Autres prestations optiques 100% santé (10)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente					
Autres prestations optiques à tarifs libres (10)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie réfractive	-	400€ / œil / an	500€ / œil / an	600€ / œil / an	700€ / œil / an	1000€ / œil / an

Les garanties **non OPTAM** sont inférieures d'au moins 20% aux garanties OPTAM, hors VIVA 1 dont la prise en charge est égale au panier de soins ANI.

Les garanties VIVA 5 et 6 correspondent au cumul des garanties VIVACTIV'SANTÉ (VIVA 1, 2, 3 ou 4) avec une surcomplémentaire VIVA'SUP souscrite séparément.

LES GARANTIES VIVACTIV'SANTÉ

➔ FORMULES RESPONSABLES

➔ FORMULES NON RESPONSABLES#

VIVA 1

VIVA 2

VIVA 3

VIVA 4

VIVA 5
(VIVA SUP)

VIVA 6
(VIVA SUP)

DENTAIRE						
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (10)	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) (10)	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (10)						
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	125%	200%	300%	400%	500%	600%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (11)	-	200 € / an	300 € / an	400 € / an	500 € / an	600 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	125%	200%	250%	300%	350%	400%
Orthodontie non prise en charge par le RO (12)	-	200 € / an	300 € / an	400 € / an	500 € / an	700 € / an
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO (11)	-	200 € / an	300 € / an	400 € / an	500 € / an	700 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé) (13)	-	1000 € / an	1500 € / an	2000 € / an	2500 € / an	3000 € / an
AIDES AUDITIVES						
Equipements 100% santé (14)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente					
Equipements à tarifs libres (14)	100%	150%	200%	300%	400%	500%
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO						
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (15)	100%	100% + 100€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 300€	100% + 300€
PRÉVENTION						
Actes de prévention pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
BIEN-ÊTRE (16)		90€ / an	120€ / an	150€ / an	180€ / an	250€ / an
- Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope, diététicien, psychomotricien (17)	-	20€ / séance	30€ / séance	35€ / séance	40€ / séance	60€ / séance
- Homéopathie et pharmacie (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) prescrites/ Fournitures et entretien appareillage auditif/ Vaccins prescrits/ Appareillage médical prescrit (achat ou location)/ Visite annuelle 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/ Pédiacre-podologue	-	Prestations utilisables dans la limite du forfait global	Prestations utilisables dans la limite du forfait global	Prestations utilisables dans la limite du forfait global	Prestations utilisables dans la limite du forfait global	Prestations utilisables dans la limite du forfait global
ASSISTANCE ET SERVICES						
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance) / Réseau de soins optique / Téléconsultation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

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.

(1) Lorsque les établissements sont non conventionnés avec l'Assurance maladie, le remboursement est limité à 600% de la BR reconstituée. (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) Sous réserve d'affiliation de l'enfant au contrat. (7) 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. (8) 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. (9) Forfait valable pour 2 ans, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM. (10) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. (11) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire. (12) Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). (13) 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. (14) 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. (15) Forfait annuel. (16) 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 ADELI 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. (17) Maximum 4 séances par bénéficiaire et par an.