COODYSSEE
A l'attention de la Direction
8 AV LESDIGUIERES
BAT LE CONNETABLE
05000 GAP

Dossier suivi par :

Christine WATTEBLED

E-mail : wattebled.christine@mutualia.fr

Téléphone : 06 82 58 03 80

Objet : Notification tarifaire 2023

Saint Martin d'Hères, le 19 Octobre 2022

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi Mutualia Territoires Solidaires pour votre contrat de complémentaire santé et nous vous remercions de votre confiance et de votre fidélité.

Vous trouverez ci-joints les tarifs de votre contrat collectif frais de santé au titre de l'année 2023.

Animé par l'esprit mutualiste, nous œuvrons chaque année pour proposer à nos adhérents les meilleures solutions pour leur couverture santé, et ce, en tenant compte des différents impacts comme l'évolution des dépenses de santé, la mise en place de réformes telles que le 100% Santé ou les résultats techniques de l'offre souscrite.

Nous renforçons cette année nos efforts en contenant l'évolution de votre cotisation en deçà de l'augmentation des dépenses nationales de santé (+3.7%) prévue par la loi de financement de la Sécurité Sociale.

Nous vous informons également qu'un service de téléconsultation médicale (MEDADOM) est inclus dans les garanties de votre contrat collectif. Accessible 7j/7 sans rendez-vous, ce service permet la mise en relation avec un médecin en moins de 10 minutes.

Notre équipe de Conseillers Entreprises reste bien entendu à votre disposition pour toute information complémentaire.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

David SALAT
Directeur Général

2522921976000110212

Mutualia

Entre nous, c'est humain

CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
COODYSSEE
VIVACTIV VIVA 1
Ensemble du personnel

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2023

Santé - Groupe Obligatoire

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Salarié	24,35 €	**27,58 €**
Conjoint	24,35 €	**27,58 €**
Enfant*	15,02 €	**17,01 €**

* Gratuité à partir du 3ème enfant

** Le Tarif TTC inclut la Taxe CMU de 6,27% et pour les Non Agri la Taxe TSCA de 7%

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2023 :

- Ratio P/C : 77,33 %
- Frais de gestion : 18,11 %

2522219750000110312

Mutualia

Entre nous, c'est humain

CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
COODYSSEE
VIVA' PLUS 2
Ensemble du personnel

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2023

Santé - Optionnels Groupe Obligatoire

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Salarié	18,11 €	**20,51 €**
Conjoint	18,11 €	**20,51 €**
Enfant*	7,11 €	**8,05 €**

* Gratuité à partir du 3ème enfant

** Le Tarif TTC inclut la Taxe CMU de 6,27% et pour les Non Agri la Taxe TSCA de 7%

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2023 :

- Ratio P/C : 77,33 %
- Frais de gestion : 18,11 %

Mutualia

Entre nous, c'est humain

CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
COODYSSEE
VIVA' PLUS 3
Ensemble du personnel

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2023

Santé - Optionnels Groupe Obligatoire

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Salarié	32,63 €	**36,95 €**
Conjoint	32,63 €	**36,95 €**
Enfant*	12,31 €	**13,94 €**

* Gratuité à partir du 3ème enfant

** Le Tarif TTC inclut la Taxe CMU de 6,27% et pour les Non Agri la Taxe TSCA de 7%

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2023 :

- Ratio P/C : 77,33 %
- Frais de gestion : 18,11 %

252292197L00001 10-12

Mutualia

Entre nous, c'est humain

CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
COODYSSEE
VIVA' PLUS 4
Ensemble du personnel

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2023

Santé - Optionnels Groupe Obligatoire

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Salarié	39,87 €	**45,15 €**
Conjoint	39,87 €	**45,15 €**
Enfant*	14,82 €	**16,78 €**

* Gratuité à partir du 3ème enfant

** Le Tarif TTC inclut la Taxe CMU de 6,27% et pour les Non Agri la Taxe TSCA de 7%

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2023 :

- Ratio P/C : 77,33 %
- Frais de gestion : 18,11 %

Mutualia

Entre nous, c'est humain

CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
COODYSSEE
VIVA' SUP 5
Ensemble du personnel

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2023

Santé - Optionnels Groupe Obligatoire

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Salarié	77,82 €	**93,59 €**
Conjoint	77,82 €	**93,59 €**
Enfant*	30,06 €	**36,15 €**

* Gratuité à partir du 3ème enfant

** Le Tarif TTC inclut la Taxe CMU de 6,27%et la Taxe TSCA de 14% pour les contrats non-responsables

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2023 :

- Ratio P/C : 77,33 %
- Frais de gestion : 18,11 %

2522619760000105 72

Mutualia

Entre nous, c'est humain

CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
COODYSSEE
VIVA' SUP 6
Ensemble du personnel

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2023

Santé - Optionnels Groupe Obligatoire

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Salarié	97,95 €	**117,80 €**
Conjoint	97,95 €	**117,80 €**
Enfant*	36,80 €	**44,25 €**

* Gratuité à partir du 3ème enfant

** Le Tarif TTC inclut la Taxe CMU de 6,27%et la Taxe TSCA de 14% pour les contrats non-responsables

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2023 :

- Ratio P/C : 77,33 %
- Frais de gestion : 18,11 %

Mutualia
Entre nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023

VIVA 1

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccin anti-grippe	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	100%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires : actes techniques et cliniques		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	100%
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée	-	-
Forfait d'accompagnement de l'enfant	-	-
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire	-	-
Prime de naissance ou d'adoption	-	-
Optique		
Equipements 100% santé (2)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (2)		
- Verres simples+monture	60%	100€ dont 50 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	150€ dont 50 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	200€ dont 50 € max monture
- Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (3)	0 à 60%	100% BR (Prise en charge du TM seul))
Autres prestations optiques 100% santé (4)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (4)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	-
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (4)	70%	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) (4)	70%	100%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (4)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	70%	125%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	-	-
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	125%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	-
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO	-	-
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé)	-	-
Aides auditives		
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (5)	60%	100%
Cures thermales (6)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	100%
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%

Mutualia
Être nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023 (Suite)

VIVA 1

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, diététicien, psychomotricien	-	Prestations utilisables seulement si une option a été souscrite, et dans la limite du forfait global
- Homéopathie et pharmacie 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	-	
- Contraception prescrite	-	
- Assistance médicale à la procréation	-	
- Pédicure/podologue	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

- BR : Base de remboursement;
- RO : Régime Obligatoire;
- TM : Ticket Modérateur;
- 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;
- HAM : Hors Alsace-Moselle;
- AM : Alsace-Moselle;
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- SMR : Service Médical Rendu;
- PEC : Pris en charge

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) 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.
(3) Lorsque la garantie VIVA1 est souscrite sans option, aucune somme n'est remboursée pour les lentilles non PEC RO
(4) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.
(5) 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.
(6) Uniquement si la cure est prise en charge par le RO.

Mutualia
Être nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023

VIVA 1 + VIVA 1 PLUS 2

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	125%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	125%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	125%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccin anti-grippe	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	150%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires : actes techniques et cliniques		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	125%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	130%
Frais de séjour	80% à 100%	150%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	50 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (3)	-	15 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (4)	-	5 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption	-	-
Optique		
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (5)		
- Verres simples+monture	60%	150€ dont 75 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	200€ dont 75 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	300€ dont 75 € max monture
- Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (6) (7)	0 à 60%	150 € / 2 ans
Autres prestations optiques 100% santé (8)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	400 € / oeil / an
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)	70%	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)	70%	125%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	70%	200%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	-	200 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	200%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	200 € / an
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO	-	200 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé) (9)	-	1000 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (10)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (10)	60%	150%
Cures thermales (11)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (12)	65% à 70%	100% + 100 €
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%

Mutualia
Être nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023 (Suite)

VIVA 1 + VIVA 1 PLUS 2

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être (13)		90 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, diététicien, psychomotricien (14)	-	20 € / séance
- Homéopathie et pharmacie prescrites (15)	-	Prestations utilisables seulement si une option a été souscrite, et dans la limite du forfait global
- Fournitures et entretien appareillage auditif	-	
- Vaccins prescrits (16)	-	
- Appareillage médical prescrit (achat ou location) (16)	-	
- Visite annuelle du sport + test d'effort	-	
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	-	
- Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie (16)	-	
- Psychologue libéral (17)	-	
- Contraception prescrite (16)	-	
- Assistance médicale à la procréation (16)	-	
- Pédicure/podologue (17)	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

- BR : Base de remboursement;
- RO : Régime Obligatoire;
- TM : Ticket Modérateur;
- 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;
- HAM : Hors Alsace-Moselle;
- AM : Alsace-Moselle;
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- SMR : Service Médical Rendu;
- PEC : Pris en charge

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) Lorsque la garantie VIVA1 est souscrite sans option, aucune somme n'est remboursée pour les lentilles non PEC RO
(7) Forfait valable pour 2 ans, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.
(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.
(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. 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.
(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) Maximum 4 séances par bénéficiaire et par an, dans la limite du forfait bien-être global. Praticiens inscrits au répertoire ADELI, 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.
(15) Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire. Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.
(16) Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.
(17) Inscrit au répertoire ADELI ou amené à le remplacer. Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.

Mutualia
Être nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023

VIVA 1 + VIVA 1 PLUS 3

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	150%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	130%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	130%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	150%
Analyses et examens de laboratoire	60%	125%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccin anti-grippe	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	200%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires : actes techniques et cliniques		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	130%
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	180%
Frais de séjour	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	70 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (3)	-	25 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (4)	-	5 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption	-	-
Optique		
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (5)		
- Verres simples+monture	60%	200€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	300€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	400€ dont 100 € max monture
- Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (6) (7)	0 à 60%	200 € / 2 ans
Autres prestations optiques 100% santé (8)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	500 € / oeil / an
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)	70%	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)	70%	150%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	70%	300%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	-	300 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	250%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	300 € / an
Forfait global IPP (implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO	-	300 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé) (9)	-	1500 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (10)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (10)	60%	200%
Cures thermales (11)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (12)	65% à 70%	100% + 200 €
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%

Mutualia
Être nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023 (Suite)

VIVA 1 + VIVA 1 PLUS 3

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être (13)		120 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, diététicien, psychomotricien (14)	-	30 € / séance
- Homéopathie et pharmacie prescrites (15)	-	Prestations utilisables seulement si une option a été souscrite, et dans la limite du forfait global
- Fournitures et entretien appareillage auditif	-	
- Vaccins prescrits (16)	-	
- Appareillage médical prescrit (achat ou location) (16)	-	
- Visite annuelle du sport + test d'effort	-	
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	-	
- Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie (16)	-	
- Psychologue libéral (17)	-	
- Contraception prescrite (16)	-	
- Assistance médicale à la procréation (16)	-	
- Pédicure/podologue (17)	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

- BR : Base de remboursement;
- RO : Régime Obligatoire;
- TM : Ticket Modérateur;
- 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;
- HAM : Hors Alsace-Moselle;
- AM : Alsace-Moselle;
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- SMR : Service Médical Rendu;
- PEC : Pris en charge

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) Lorsque la garantie VIVA1 est souscrite sans option, aucune somme n'est remboursée pour les lentilles non PEC RO
(7) Forfait valable pour 2 ans, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.
(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.
(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. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par b[illegible]ciaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.
(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) Maximum 4 séances par bénéficiaire et par an, dans la limite du forfait bien-être global. Praticiens inscrits au répertoire ADELI, 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.
(15) Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire. Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.
(16) Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.
(17) Inscrit au répertoire ADELI ou amené à le remplacer. Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.

Mutualia
Entre nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023

VIVA 1 + VIVA 1 PLUS 4

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	180%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	180%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60%	150%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccin anti-grippe	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	300%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires : actes techniques et cliniques		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	180%
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	300%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Frais de séjour	80% à 100%	300%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	90 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (3)	-	30 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (4)	-	5 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption	-	-
Optique		
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (5)		
- Verres simples+monture	60%	300€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	400€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	500€ dont 100 € max monture
- Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (6) (7)	0 à 60%	300 € / 2 ans
Autres prestations optiques 100% santé (8)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	600 € / oeil / an
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)	70%	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)	70%	200%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	70%	400%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	-	400 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	300%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	400 € / an
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO	-	400 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé) (9)	-	2000 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (10)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (10)	60%	300%
Cures thermales (11)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (12)	65% à 70%	100% + 200 €
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%

Mutualia
Être nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023 (Suite)

VIVA 1 + VIVA 1 PLUS 4

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être (13)		150 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, diététicien, psychomotricien (14)	-	35 € / séance
- Homéopathie et pharmacie prescrites (15)	-	Prestations utilisables seulement si une option a été souscrite, et dans la limite du forfait global
- Fournitures et entretien appareillage auditif	-	
- Vaccins prescrits (16)	-	
- Appareillage médical prescrit (achat ou location) (16)	-	
- Visite annuelle du sport + test d'effort	-	
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	-	
- Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie (16)	-	
- Psychologue libéral (17)	-	
- Contraception prescrite (16)	-	
- Assistance médicale à la procréation (16)	-	
- Pédicure/podologue (17)	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

- BR : Base de remboursement;
- RO : Régime Obligatoire;
- TM : Ticket Modérateur;
- 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;
- HAM : Hors Alsace-Moselle;
- AM : Alsace-Moselle;
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- SMR : Service Médical Rendu;
- PEC : Pris en charge

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) Lorsque la garantie VIVA1 est souscrite sans option, aucune somme n'est remboursée pour les lentilles non PEC RO
(7) Forfait valable pour 2 ans, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.
(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.
(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. 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.
(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) Maximum 4 séances par bénéficiaire et par an, dans la limite du forfait bien-être global. Praticiens inscrits au répertoire ADELI, 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.
(15) Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire. Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.
(16) Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.
(17) Inscrit au répertoire ADELI ou amené à le remplacer. Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.

Mutualia
Être nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023

VIVA 1 + VIVA 1 SUP 5

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels
La garantie est non responsable au sens du cahier des charges posé par les articles L871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	300%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	300%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	300%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	300%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	300%
Analyses et examens de laboratoire	60%	200%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccin anti-grippe	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	400%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires : actes techniques et cliniques		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	300%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	300%
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	120 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (3)	-	35 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (4)	-	5 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	600 € / enfant
Optique		
Equipements 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)		
- Verres simples+monture	60%	400€ dont 200 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	500€ dont 200 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	600€ dont 200 € max monture
- Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (7) (8)	0 à 60%	400 € / 2 ans
Autres prestations optiques 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (9)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	700 € / oeil / an
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (9)	70%	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) (9)	70%	250%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	70%	500%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	-	500 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	350%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	500 € / an
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO	-	500 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé) (10)	-	2500 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (11)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (11)	60%	400%
Cures thermales (12)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (13)	65% à 70%	100% + 300 €
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%

Mutualia
Entre nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023 (Suite)

VIVA 1 + VIVA 1 SUP 5

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être (14)		180 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, diététicien, psychomotricien (15)	-	40 € / séance
- Homéopathie et pharmacie prescrites (16)	-	Prestations utilisables seulement si une option a été souscrite, et dans la limite du forfait global
- Fournitures et entretien appareillage auditif	-	
- Vaccins prescrits (17)	-	
- Appareillage médical prescrit (achat ou location) (17)	-	
- Visite annuelle du sport + test d'effort	-	
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	-	
- Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie (17)	-	
- Psychologue libéral (18)	-	
- Contraception prescrite (17)	-	
- Assistance médicale à la procréation (17)	-	
- Pédicure/podologue (18)	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

- BR : Base de remboursement;
- RO : Régime Obligatoire;
- TM : Ticket Modérateur;
- 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;
- HAM : Hors Alsace-Moselle;
- AM : Alsace-Moselle;
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- SMR : Service Médical Rendu;
- PEC : Pris en charge

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) Sous réserve d'affiliation de l'enfant au contrat.
(6) 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.
(7) Lorsque la garantie VIVA1 est souscrite sans option, aucune somme n'est remboursée pour les lentilles non PEC RO
(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) 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.
(11) 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.
(12) Uniquement si la cure est prise en charge par le RO.
(13) Forfait annuel.
(14) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations dans la limite du montant indiqué.
(15) Maximum 4 séances par bénéficiaire et par an, dans la limite du forfait bien-être global. Praticiens inscrits au répertoire ADELI, 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.
(16) Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire. Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.
(17) Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.
(18) Inscrit au répertoire ADELI ou amené à le remplacer. Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.

Mutualia
Entre nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023

VIVA 1 + VIVA 1 SUP 6

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels
La garantie est non responsable au sens du cahier des charges posé par les articles L871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	400%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	400%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	500%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	500%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	500%
Analyses et examens de laboratoire	60%	400%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccin anti-grippe	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	500%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires : actes techniques et cliniques		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	500%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	500%
Frais de séjour (1)	80% à 100%	Frais réels
Forfait journalier hospitalier (2)	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (3)	-	120 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	50 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (5)	-	5 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (6)	-	800 € / enfant
Optique		
Equipements 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	600€ dont 250 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	700€ dont 250 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	900€ dont 250 € max monture
- Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (8) (9)	0 à 60%	600 € / an
Autres prestations optiques 100% santé (10)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (10)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	1000 € / oeil / an
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (10)	70%	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)	70%	300%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (10)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	70%	600%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	-	600 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	400%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	700 € / an
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO (11)	-	700 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé) (12)	-	3000 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (13) (14)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (13) (14)	60%	500%
Cures thermales (15)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (16)	65% à 70%	100% + 300 €
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%

Mutualia
Être nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV'SANTE ANI - 2023 (Suite)

VIVA 1 + VIVA 1 SUP 6

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être (17)		250 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, diététicien, psychomotricien (18)	-	60 € / séance
- Homéopathie et pharmacie prescrites (19)	-	Prestations utilisables seulement si une option a été souscrite, et dans la limite du forfait global
- Fournitures et entretien appareillage auditif	-	
- Vaccins prescrits (19)	-	
- Appareillage médical prescrit (achat ou location) (19)	-	
- Visite annuelle du sport + test d'effort	-	
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	-	
- Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie (19)	-	
- Psychologue libéral (20)	-	
- Contraception prescrite (19)	-	
- Assistance médicale à la procréation (19)	-	
- Pédicure/podologue (20)	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

- BR : Base de remboursement;
- RO : Régime Obligatoire;
- TM : Ticket Modérateur;
- 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;
- HAM : Hors Alsace-Moselle;
- AM : Alsace-Moselle;
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- SMR : Service Médical Rendu;
- PEC : Pris en charge

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) 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) 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) Lorsque la garantie VIVA1 est souscrite sans option, aucune somme n'est remboursée pour les lentilles non PEC RO
(9) Forfait par année civile, 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) Implants : limités à 3 par an par bénéficiaire.
(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) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. A compter du 01/01/2021, prise en charge 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) Uniquement si la cure est prise en charge par le RO.
(16) Forfait annuel.
(17) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations dans la limite du montant indiqué.
(18) Maximum 4 séances par bénéficiaire et par an, dans la limite du forfait bien-être global. Praticiens inscrits au répertoire ADELI, 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.
(19) Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.
(20) Inscrit au répertoire ADELI ou amené à le remplacer. Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.

ÉVOLUTIONS DES CONTRATS FRAIS DE SANTÉ & PRÉVOYANCE

Ce qui change

L'instruction interministérielle du 17 juin 2021 précise les conditions d'appréciation du caractère collectif et obligatoire de votre contrat : depuis le 1er janvier 2022, votre contrat prévoit le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail de vos salariés donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement, y compris en cas d'activité partielle ou en activité partielle de longue durée dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits ou de toute période de congés rémunérée par vous-même (reclassement, mobilité, etc.).

Il n'y a donc pas de changement sur la manière dont sont calculées et appelées les cotisations, le salaire de chaque collaborateur étant conforme aux sommes réellement perçues sur la période.

Vous retrouverez vos documents mis à jour sur votre espace employeur.

Mutualia a également mis à jour la documentation contractuelle pour tenir compte du décret n°2022-388 du 17 mars 2022 relatif au fonctionnement des mutuelles et unions et institutions de prévoyance.

Ce que l'entreprise doit faire

Au niveau du personnel :

- Informer les salariés de ces modifications
- Informer au plus tôt les instances représentatives du personnel

Au niveau réglementaire :

Afin d'être en conformité avec la législation et ainsi continuer à bénéficier des avantages sociaux et fiscaux liés à votre contrat collectif, il est de votre responsabilité de mettre à jour votre acte juridique instituant le régime de protection sociale complémentaire de vos salariés :

- Vous avez jusqu'au 1er janvier 2023 pour les décisions unilatérales de l'employeur (DUE);
- Vous avez jusqu'au 1er janvier 2025 pour les accords collectifs d'entreprise ou les accords référendaires.

A compter de l'une ou l'autre de ces dates en fonction de la nature de votre acte juridique, celui-ci devra mentionner que les garanties seront maintenues au profit de vos salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- ou d'indemnités complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle, ou en activité partielle de longue durée dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunérée par l'employeur (reclassement, mobilité...).

2522921976L0000111212

Modification des catégories objectives de personnel
Depuis le 1er janvier 2022, les catégories objectives de personnel évoluent elles aussi. Elles sont définies par référence aux articles 2.1 et/ou 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017.
Les anciennes références aux articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 devront par conséquent être remplacées.

Pas de panique ! Vous avez jusqu'au 31 décembre 2024 pour vous mettre en conformité, sous réserve qu'aucune modification des accords, conventions ou décisions unilatérales de l'employeur relative au champ des bénéficiaires des garanties n'intervienne avant cette même date.

Ce que l'entreprise doit faire avant le 31 décembre 2024

Mettre à jour les catégories objectives de personnels mentionnées dans votre acte juridique instituant le régime de protection sociale complémentaire.
A ce titre, votre acte juridique devra modifier les bénéficiaires du régime par références aux articles 2.1 et/ou 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017.
A titre d'exemple, les catégories de personnel pourront notamment être définies comme suit :

- **Pour les cadres :**
  personnels relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017.
- **Pour les non cadres :**
  personnels ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017.

www.mutualia.fr

Mutualia
Entre nous, c'est humain