

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Précisions	
HOSPITALISATION						
HONORAIRES						
Honoraires des médecins	adhérents aux DPTM	100%	150%	170%	220%	
	non adhérents aux DPTM	100%	130%	150%	200%	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER						
Forfait journalier hospitalier dès le premier jour	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS		Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)* - en Psychiatrie (PSY).
AUTRES FRAIS						
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%		
Chambre particulière	-	35€/jour	50€/jour	70€/jour		Durée limitée à 60 jours/année civile en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et en Soins de Suite et de Réadaptation / Durée limitée à 15 jours/année civile en Psychiatrie.
Chambre particulière en ambulatoire	18€/jour	18€/jour	18€/jour	18€/jour		Maximum 3 jours/an. Hors psychiatrie.
Indemnité hospitalière (1)	-	16€/jour	20€/jour	30€/jour		Hors psychiatrie.
Soins externes	100%	100%	100%	100%		
SOINS COURANTS						
HONORAIRES MÉDICAUX						
Honoraires des généralistes et spécialistes	adhérents aux DPTM	100%	150%	180%	220%	
	non adhérents aux DPTM	100%	130%	160%	200%	
Radiologie	adhérents aux DPTM	100%	100%	100%	220%	
	non adhérents aux DPTM				200%	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX						
Honoraires des auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%		
Psychologues pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%		Sont pris en charge les psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy » . Plus d'information sur www.monpsy.sante.gouv.fr
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE						
Analyses médicales	100%	100%	100%	100%		
MÉDICAMENTS						
Pharmacie à 65%, 30% et 15%	100%	100%	100%	100%		
Automédication	-	30€/an	50€/an	60€/an		Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, les médicaments homéopathiques, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO. Voir notice d'information .
Vaccins contre la grippe	FRAIS RÉELS	FRAIS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS		Voir notice d'information .
MATÉRIEL MÉDICAL						
Appareillages et prothèses	100%	100%	150%	200%		Hors appareillage dentaire, auditif et équipement optique.
DENTAIRE						
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ**						
Soins et prothèses dentaires	100% HLF	100% HLF	100% HLF	100% HLF		
SOINS						
Soins dentaires	100%	100%	100%	100%		
PROTHÈSES						
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres	100%	100% + 200€/prothèse -se	100% + 250€/prothèse -se	100% + 300€/prothèse -se		Dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé.
AUTRES						
Orthodontie	100%	100%	100%	100%		
Actes dentaires non remboursés par le RO	-	100€/an	200€/an	300€/an		
OPTIQUE						
EQUIPEMENTS 100% SANTÉ**						
Montures et verres classe A	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV		Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES (2)						
Verres simples (a)	100%	115€	175€	235€		Dont au maximum 100€ pour la monture. Prise en charge des verres simples (a) jusqu'à 100€ par an.

Monture et verres classe B	Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs (c)	100%	350€	400€	430€	charge limitée à un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
	Verres multifocaux ou progressifs forte correction (f)	100%	400€	450€	480€	
Bonus fidélité et responsabilité		-	25€	50€	65€	Versement du bonus en cas de non utilisation du forfait verres et monture pendant 3 ans. Voir notice d'information .
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE (POUR LES VERRES CLASSE A OU CLASSE B)						
Adaptation de la correction visuelle		100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	
Appairage (hors verres classe B)		100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	
Verres avec filtre		100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	
Autres suppléments		100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	
AUTRES						
Lentilles	prises en charge par le RO	100%	100%	100%	100%	
	prises en charge ou non par le RO	-	30€/an	100€/an	150€/an	
Chirurgie réfractive		-	-	150€/oeil	200€/oeil	Forfait par oeil et par an.
AIDES AUDITIVES						
EQUIPEMENTS 100% SANTÉ**						
Classe I par oreille		100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	Depuis le 1er janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES						
Classe II par oreille		100%	100% + 300€	100% + 500€	100% + 700€	Depuis le 1er janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1 700€ par prothèse et à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
AUTRES						
Forfait entretien prothèse auditive		100%	100% + 40€/an	100% + 40€/an	100% + 40€/an	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la sécurité sociale.
TRANSPORT						
Transport		100%	100%	100%	100%	Hors transport dans le cadre d'une cure Thermale.
CURE THERMALE						
Honoraires des praticiens et frais d'établissements		100%	100%	100%	100%	
Frais de transport et d'hébergement	pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%	
	pris en charge ou non par le RO	-	100€/an	150€/an	200€/an	
AUTRES INDEMNITES						
OBSÈQUES						
Allocation frais obsèques		-	250€	500€	800€	Sur présentation de justificatifs. Voir notice d'information .
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION						

Médecines douces	20€/séance (limité à 3/an)	20€/séance (limité à 4/an)	20€/séance (limité à 5/an)	20€/séance (limité à 8/an)	Le forfait médecines douces est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte). Il comprend le remboursement des actes d'ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, bio-kinergie, kiné méthode Mézières, psychomotricien, acupuncteur, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe, psychologue, bilan du langage, micro-kinésithérapeute, mésothérapeute. Voir notice d'information .
Médecines douces : Bonus fidélité	+10€	+10€	+10€	+10€	Bonus fidélité à partir de 3 ans d'ancienneté dans la garantie. Voir notice d'information .
Forfait prévention	-	50€/an	100€/an	150€/an	Le forfait prévention prévoit la prise en charge de : - Vitamine D & Traitements hormonaux : Prise en charge des compléments alimentaires prescrits (présentation de la prescription), - Vaccins non remboursés par le RO, - Densitométrie osseuse. Remboursement de ces forfaits sur présentation de facture acquittée et nominative. Voir notice d'information .
Actes de prévention remboursés par le régime obligatoire	100%	100%	100%	100%	Définis par la réglementation.
SERVICES & ACCOMPAGNEMENT					
Téléconsultation	Oui	Oui	Oui	Oui	Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...). Rendez-vous sur www.medecinirect.fr
Assistance 24h/24, 7j/7 : Aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne...	Oui	Oui	Oui	Oui	Se reporter aux conditions générales assistance.

RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire - DPTM: Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - PLV: Prix limite de vente - BR : Base de remboursement - PMSS : Plafond mensuel Sécurité Sociale - HLF: Honoraire limite de facturation FR: Frais réels

*Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : Médecine Physique et de Réadaptation / Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire / Etablissements de repos, de convalescence et de régime.

**Tels que définis réglementairement.

(1) Versée sur présentation de justificatifs (frais d'accompagnants (repas pris dans la ville où se situe l'établissement ou dans un rayon de 10km autour de celui-ci et couchette en établissement d'hospitalisation), frais d'hôtel des accompagnants (maximum 2 personnes et si l'hospitalisation de l'adhérent est à plus de 50 km de son lieu d'habitation), de télévision, de thermomètre, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM). L'ensemble des hospitalisations en repos, convalescence, rééducation, médecine (autre qu'ambulatoire), chirurgie et psychiatrie est limité à 240 jours par an et par bénéficiaire dont :

- 30 jours maximum pour les séjours en maison de repos et de convalescence, si l'adhérent a subi une intervention chirurgicale et si son entrée dans l'un des établissements précités suit immédiatement sa sortie du centre hospitalier ou de la clinique où s'est déroulée l'intervention chirurgicale,

- 30 jours maximum pour les séjours en établissements de rééducation fonctionnelle et motrice.

- 15 jours maximum pour les séjours en psychiatrie.

(2) Par équipement à verres simples, il faut entendre :

a) Equipements à :

-verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries

-ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

-ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Par équipement à « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :

b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)

c) Equipements à :

-verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries;

-ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

-ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

-ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

-ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;

-ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

-ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Par équipement à « Verres multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :

d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)

e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)

f) Equipements à :

-verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries;

-ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

-ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

-ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 24€ est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables.

Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale. Sont ainsi exclus des remboursements accordés par la Mutuelle VIASANTÉ au titre de la garantie:

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L160-13 du code de la sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L160-13 du code de la sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Les forfaits annuels s'entendent par année civile. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

VIASANTÉ Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120 Siège social : VIASANTÉ Mutuelle

14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS



VIASANTÉ Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le N° SIREN 777 927 120. Siège social : 14-16, bd Malesherbes - 75008 PARIS. ASSUREUR ET DISTRIBUTEUR

VIAPROD - v0009 du 23-06-2022 - p.4/4