

RO + RC

VIAPRO1

HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	100% 100%	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait journaliser dès le premier jour	Frais réels	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie et Obstétrique - en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) - en Psychiatrie (PSY).	
AUTRES FRAIS			
Frais de séjour	100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.	
Chambre particulière	50€/jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins Médicaux et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.	
Chambre particulière en ambulatoire	18€ / jour (3 jours / an)	Conditions : voir notice d'information.	
Frais d'accompagnant adulte/enfant	16€ / jour	Versés sur justificatifs. Durée max de 10 jours / séjour pour tout type d'hospitalisation.	
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	100% 100%	
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	100% 100%	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Auxiliaire médical	100%		
Psychologues pris en charge par le RO	100%	Sont pris en charge les psychologues conventionnés au dispositif « MonSoutienPsy ».	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Frais d'analyses et de laboratoire	100%		
MÉDICAMENTS			
Médicaments remboursés par le RO à 65%, 30% et 15%	100%		
Automédication	30€ / an	Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, l'homéopathie, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM).	
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO	70€ / an		
Vaccin contre la grippe	1 / an	Sur présentation de justificatif.	
MATÉRIEL MÉDICAL			
Appareillage et prothèses médicales	100%	Hors appareillage dentaire, auditif et équipement optique.	
TRANSPORT			
Transport	100%		
DENTAIRE			
SOINS ET PROTHÉSES 100% SANTÉ*			
Soins et prothèses dentaires	100% HLF		
PROTHÈSES			
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres	125% + 100€ / prothèse	Dans la limite des PLV pour le panier maîtrisé et plafonds prothèses dentaires : 2500€ / an (1400€ la 1re année). Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.	
SOINS			
Soins dentaires	100%		
Inlay-onlay	125%	Dans la limite des HLF.	
AUTRES			
Orthodontie remboursée par le RO	125% + 100€/semestre		
Actes dentaires non remboursés par le RO	225€/an		
OPTIQUE(1)			
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ			
Montures et verres Classe A	100% PLV	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. 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			
Monture Classe B	50€	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. 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.	
Montures et Verres Classe B	Verres simples Classe B Verres simples forte correction et verres multifocaux ou progressifs Classe B Verres multifocaux ou progressifs forte correction Classe B	100€ 200€ 220€	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 dioptrie et + 6,00 dioptrie et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptrie. Équipement comportant au moins un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 dioptrie à + 6,00 dioptrie ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptrie, ou un verre multifocal ou progressif. Équipement adulte comportant au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 dioptrie à + 8,00 dioptrie ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 dioptrie à + 4,00 dioptrie.
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE POUR LES VERRES CLASSE A OU CLASSE B			
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV		
Appairage (hors verres classe B)	100% PLV		
Verres avec filtre	100% PLV		
Autres suppléments	100% TM		
AUTRES			
Lentilles acceptées ou non par le RO	100% + 100€ / an	Pour les lentilles non RO, prise en charge uniquement du forfait.	



RO + RC

VIAPRO1

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENT 100% SANTE*

Classe I par oreille	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 A TARIFS LIBRES

Classe II par oreille	100%	Depuis le 1er Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans et à 1.700€ par prothèse (RO+RC). 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 prothèses auditives	100%	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
---------------------------------------	------	--

CURE THERMALE

Honoraires des praticiens, frais d'établissements, frais d'hébergement et transports	100%	
--	------	--

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Médecines douces	40€ / 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, étiopathe, biokinérgie, kiné méthode Mézières, psychomotricien, acupuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe, psychologue, bilan du langage, microkinésithérapeute, mésothérapeute. Voir détails et conditions.**
------------------	----------	---

Forfait prévention au travail (protection anti-bruits, protection des yeux, bas de contention, ceinture de soutien lombaire)	30€ / an	
--	----------	--

SERVICES ET ACCOMPAGNEMENT**

Viassistance	Facultative	Se reporter au descriptif des prestations Assistance remis au membre participant lors de son adhésion/affiliation
Assistance administrative	120€ / an	Forfait d'assistance administrative pour le TNS (dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation)
Téléconsultation	OUI	Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...). Voir notice d'information.
Second avis médical	OUI	Accès à un second avis médical auprès d'un médecin spécialiste de votre pathologie.

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

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24EUR 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 24EUR est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants. 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.

Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1er janvier 2016.

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.

*Tels que définis réglementairement

** Se reporter à la notice d'information remise au membre participant lors de son adhésion/affiliation.

(I) 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 multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques 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 - v0011 du 29-01-2025 - p.2/2

VIASANTÉ
mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

RO + RC

VIAPRO2

HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM	170%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	150%	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait journaliser dès le premier jour	Frais réels	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie et Obstétrique - en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) - en Psychiatrie (PSY).	
AUTRES FRAIS			
Frais de séjour	100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.	
Chambre particulière	55€/jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins Médicaux et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.	
Chambre particulière en ambulatoire	18€ / jour (3 jours / an)	Conditions : voir notice d'information.	
Frais d'accompagnant adulte/enfant de moins de 16 ans	25€ / jour	Versés sur justificatifs. Durée max de 10 jours / séjour pour tout type d'hospitalisation.	
Indemnité hospitalière	10€ / jour	Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours / an toutes disciplines confondues.	
Fécondation In Vitro	100% + 300€ / an		
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM	170%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	150%	
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM	170%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	150%	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Auxiliaire médical	100%		
Psychologues pris en charge par le RO	100%	Sont pris en charge les psychologues conventionnés au dispositif « MonSoutienPsy »	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Frais d'analyses et de laboratoire	100%		
MÉDICAMENTS			
Pharmacie remboursée à 65%, 30% et 15% par le RO	100%		
Automédication	50€ / 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 (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM).	
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO	70€ / an		
Vaccin contre la grippe	1 / an	Sur présentation d'un justificatif.	
MATÉRIEL MÉDICAL			
Appareillage et prothèses médicales	100% + 150€ / an	Hors appareillages dentaires, auditifs et équipements optiques	
TRANSPORT			
Transport	100%		
DENTAIRE			
SOINS ET PROTHÈSES 100%*			
Soins et prothèses dentaires	100% HLF		
PROTHÈSES			
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres	125% + 300€ / prothèse	Dans la limite des PLV pour le panier maîtrisé et plafonds prothèses dentaires : 2500€ / an (1400€ la 1re année). Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.	
SOINS			
Soins dentaires	100%		
Inlay-onlay	150%	Dans la limite des HLF	
AUTRES			
Orthodontie remboursée par le RO	125% + 300€/semestre		
Actes dentaires non remboursés par le RO	300€/an		
OPTIQUE(1)			
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ			
Montures et verres Classe A	100% PLV	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. 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			
Monture	100€	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. 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.	
Montures et Verres Classe B	Verres simples	140€	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 dioptrie et + 6,00 dioptrie et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptrie.
	Verres simples forte correction et verres multifocaux ou progressifs	220€	Équipement comportant au moins un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 dioptrie à + 6,00 dioptrie ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptrie, ou un verre multifocal ou progressif.
	Verres multifocaux ou progressifs forte correction	250€	Équipement adulte comportant au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 dioptrie à + 8,00 dioptrie ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 dioptrie à + 4,00 dioptrie.
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE POUR LES VERRES CLASSE A OU CLASSE B			
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV		
Appairage (hors verres classe B)	100% PLV		
Verres avec filtre	100% PLV		
Autres suppléments	100% TM		
AUTRES			
Lentilles acceptées ou non par le RO	100% + 150€ / an	Pour les lentilles non RO, prise en charge uniquement du forfait.	
Chirurgie réfractive de l'oeil	150€ / oeil / an		



RO + RC

VIAPRO2

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENT 100% SANTE*

Classe I par oreille	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 A TARIFS LIBRES

Classe II par oreille	100% + 300€	Depuis le 1er Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans et à 1.700€ par prothèse (RO+RC). 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 prothèses auditives	100%	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
---------------------------------------	------	--

CURE THERMALE

Honoraires des praticiens, frais d'établissements, frais d'hébergement et transports	150%	
--	------	--

AUTRES INDEMNITÉS

Maternité		
-----------	--	--

Prime de naissance ou d'adoption	75€	La prime est versée si l'enfant est inscrit dans les 3 premiers mois de sa naissance ou de son adoption.
----------------------------------	-----	--

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Médecines douces	100€ / 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, étiopathe, biokinérgie, kiné méthode Mézières, psychomotricien, acupuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe, psychologue, bilan du langage, microkinésithérapeute, mésothérapeute. Voir détails et conditions.**
------------------	-----------	---

SERVICES ET ACCOMPAGNEMENT**

Viassistance	Facultative	Se reporter au descriptif des prestations Assistance remis au membre participant lors de son adhésion/affiliation.
Assistance administrative	120€ / an	Forfait d'assistance administrative pour le TNS (dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation)
Téléconsultation	OUI	Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...). Voir notice d'information.
Second avis médical	OUI	Accès à un second avis médical auprès d'un médecin spécialiste de votre pathologie.

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
VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24EUR 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 24EUR est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants. 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 L111-15 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.

Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1er janvier 2016.
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.

*Tels que définis réglementairement

** Se reporter à la notice d'information remise au membre participant lors de son adhésion/affiliation.

(1) Par équipement à « Verres simples », il faut entendre :

a) Équipements 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) Équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)

c) Équipements 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) Équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)

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

f) Équipements 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 L111-15 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 - v0011 du 29-01-2025 - p.2/2

PRESTATIONS AU 01-01-2023
VIASANTÉ mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

RO + RC

VIAPRO3

HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM	230%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait journaliser dès le premier jour	Frais réels	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie et Obstétrique - en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) - en Psychiatrie (PSY).	
AUTRES FRAIS			
Frais de séjour	100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.	
Chambre particulière	70€/jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins Médicaux et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.	
Chambre particulière en ambulatoire	18€ / jour (3 jours / an)	Conditions : voir notice d'information.	
Frais d'accompagnant adulte/enfant	25€ / jour	Versés sur justificatifs. Durée max de 10 jours / séjour pour tout type d'hospitalisation.	
Indemnité hospitalière	10€ / jour	Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours /an toutes disciplines confondues.	
Fécondation in vitro	100% + 300€ / an		
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM	220%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%	
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM	220%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Auxiliaire médicaux	100%		
Psychologues pris en charge par le RO	100%	Sont pris en charge les psychologues conventionnés au dispositif « MonSoutienPsy ».	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Frais d'analyses et de laboratoire	100%		
MÉDICAMENTS			
Médicaments remboursés par le RO à 65%, 30% et 15%	100%		
Automédication	70€ / an	Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, l'homéopathie, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM).	
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO, stop tabac	70€ / an	Stop tabac : Forfait d'aide à l'arrêt du tabac non pris en charge par le RO. Comprend la prise en charge des compléments alimentaires (magnésium, phytothérapie, aromathérapie), des inhalateurs de TNS non pris en charge par le RO et de consultations de tabacologie). Voir conditions de prises en charge sur la Notice d'information.	
Vaccin contre la grippe	1 / an	Sur présentation de justificatif.	
MATÉRIEL MÉDICAL			
Appareillage et prothèses médicales	100% + 200€ / an	Hors appareillage dentaire, auditif et équipement optique.	
TRANSPORT			
Transport	100%		
DENTAIRE			
SOINS ET PROTHÈSES 100%* SANTÉ			
Soins et prothèses dentaires	100% HLF		
PROTHÈSES			
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres	125% + 400€ / prothèse	Dans la limite des PLV pour le panier maîtrisé et plafonds prothèses dentaires : 2500€ / an (1400€ la 1re année). Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.	
SOINS			
Soins dentaires	100%		
Inlay-onlay	200%	Dans la limite des HLF	
AUTRES			
Orthodontie remboursée par le RO	125% + 350€/semestre		
Actes dentaires non remboursés par le RO	500€/an		
OPTIQUE(1)			
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*			
Montures et verres Classe A	100% PLV	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. 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			
Monture Classe B	100€	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. 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.	
Montures et Verres Classe B	Verres simples Classe B	220€	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 dioptrie et + 6,00 dioptrie et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptrie.
	Verres simples forte correction et verres multifocaux ou progressifs Classe B	360€	Équipement comportant au moins un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 dioptrie à + 6,00 dioptrie ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptrie, ou un verre multifocal ou progressif.
	Verres multifocaux ou progressifs forte correction Classe B	390€	Équipement adulte comportant au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 dioptrie à + 8,00 dioptrie ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 dioptrie à + 4,00 dioptrie.
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE POUR LES VERRES CLASSE A OU CLASSE B			
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV		
Appairage (hors verres classe B)	100% PLV		
Verres avec filtre	100% PLV		
Autres suppléments	100% TM		



RO + RC

VIAPRO3

AUTRES		
Lentilles acceptées ou non par le RO	100% + 200€ / an	Pour les lentilles non RO, prise en charge uniquement du forfait.
Chirurgie réfractive de l'oeil	200€ / oeil / an	
AIDES AUDITIVES		
ÉQUIPEMENT 100% SANTE*		
Classe I par oreille	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 A TARIFS LIBRES		
Classe II par oreille	100% + 400€	Depuis le 1er Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans et à 1.700€ par prothèse (RO+RC). 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 prothèses auditives	100%	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
CURE THERMALE		
Honoraires des praticiens, frais d'établissements, frais d'hébergement et transports	200%	
AUTRES INDEMNITÉS		
MATERNITÉ		
Prime de naissance ou d'adoption	100€	La prime est versée si l'enfant est inscrit dans les 3 premiers mois de sa naissance ou de son adoption.
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION		
Médecines douces	100€ / 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, étiopathie, biokinergie, kiné méthode Mézières, psychomotricien, acupuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe, psychologue, bilan du langage, microkinésithérapeute, mésothérapeute. Voir détails et conditions.**
Forfait prévention au travail (protection anti-bruits, protection des yeux, bas de contention, ceinture de soutien lombaire)	40€ / an	
SERVICES ET ACCOMPAGNEMENT**		
Viassistance	Facultative	Se reporter au descriptif des prestations Assistance remis au membre participant lors de son adhésion/affiliation.
Assistance administrative	120€ / an	Forfait d'assistance administrative pour le TNS (dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation)
Téléconsultation	OUI	Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...). Voir notice d'information.
Second avis médical	OUI	Accès à un second avis médical auprès d'un médecin spécialiste de votre pathologie.



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

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24EUR 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 24EUR est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants. 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 L111-15 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.

Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1er janvier 2016. 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.

*Tels que définis réglementairement

** Se reporter à la notice d'information remise au membre participant lors de son adhésion/affiliation.

(1) Par équipement à « Verres simples », il faut entendre :

a) Équipements 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) Équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)

c) Équipements 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) Équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)

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

f) Équipements 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 L111-15 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 - v0011 du 29-01-2025 - p.3/3

RO + RC

VIAPRO4

HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM	300%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait journaliser dès le premier jour	Frais réels	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie et Obstétrique - en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) - en Psychiatrie (PSY).	
AUTRES FRAIS			
Frais de séjour	100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.	
Chambre particulière	80€/jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins Médicaux et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.	
Chambre particulière en ambulatoire	18€ / jour (3 jours / an)	Conditions : voir notice d'information.	
Frais d'accompagnant adulte/enfant de moins de 16 ans	25€ / jour	Versés sur justificatifs. Durée max de 10 jours / séjour pour tout type d'hospitalisation.	
Indemnité hospitalière	10€ / jour	Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours / an toutes disciplines confondues.	
Fécondation In Vitro	100% + 300€ / an		
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM	300%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%	
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM	300%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Auxiliaire médical	100%		
Psychologues pris en charge par le RO	100%	Sont pris en charge les psychologues conventionnés au dispositif « MonSoutienPsy »	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Frais d'analyses et de laboratoire	100%		
MÉDICAMENTS			
Pharmacie (tout SMR)	100%		
Automédication	80€ / 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 (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM).	
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO, stop tabac	70€ / an	Stop tabac : Forfait d'aide à l'arrêt du tabac non pris en charge par le RO. Comprend la prise en charge des compléments alimentaires (magnésium, phytothérapie, aromathérapie), des inhalateurs de TNS non pris en charge par le RO et de consultations de tabacologie). Voir conditions de prises en charge sur la Notice d'information.	
Vaccin contre la grippe	1 / an	Sur présentation d'un justificatif.	
MATÉRIEL MÉDICAL			
Appareillage et prothèses médicales	100% + 200€ / an	Hors appareillages dentaires, auditifs et équipements optiques.	
TRANSPORT			
Transport	100%		
DENTAIRE			
SOINS ET PROTHÈSES 100%*			
Soins et prothèses dentaires	100% HLF		
PROTHÈSES			
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres	125% + 500€ / prothèse	Dans la limite des PLV pour le panier maîtrisé et plafonds prothèses dentaires : 2500€ / an (1400€ la 1re année). Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.	
SOINS			
Soins dentaires	100%		
Inlay-onlay	250%	Dans la limite des HLF	
AUTRES			
Orthodontie remboursée par le RO	125% + 450€/semestre		
Actes dentaires non remboursés par le RO	850€/an		
OPTIQUE(1)			
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ			
Montures et verres Classe A	100% PLV	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. 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			
Monture Classe B	100€	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. 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.	
Montures et Verres Classe B	Verres simples Classe B	300€	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 dioptrie et + 6,00 dioptrie et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptrie.
	Verres simples forte correction et verres multifocaux ou progressifs Classe B	440€	Équipement comportant au moins un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 dioptrie à + 6,00 dioptrie ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptrie, ou un verre multifocal ou progressif.
	Verres multifocaux ou progressifs forte correction Classe B	470€	Équipement adulte comportant au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 dioptrie à + 8,00 dioptrie ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 dioptrie à + 4,00 dioptrie.
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE POUR LES VERRES CLASSE A OU CLASSE B			
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV		
Appairage (hors verres classe B)	100% PLV		
Verres avec filtre	100% PLV		
Autres suppléments	100% TM		



RO + RC

VIAPRO4

AUTRES		
Lentilles acceptées ou non par le RO	100% + 200€ / an	Pour les lentilles non RO, prise en charge uniquement du forfait.
Chirurgie réfractive de l'oeil	300€ / oeil / an	
AIDES AUDITIVES		
ÉQUIPEMENT 100% SANTE*		
Classe I par oreille	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 A TARIFS LIBRES		
Classe II par oreille	100% + 400€	Depuis le 1er Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans et à 1.700€ par prothèse (RO+RC). 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 prothèses auditives	100%	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
CURES THERMALES		
Honoraires des praticiens, frais d'établissements, frais d'hébergement et transports	250%	
AUTRES INDEMNITÉS		
MATERNITÉ		
Prime de naissance ou d'adoption	120€	La prime est versée si l'enfant est inscrit dans les 3 premiers mois de sa naissance ou de son adoption.
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION		
Médecines douces	125€ / 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, étiopathie, biokinérgie, kiné méthode Mézières, psychomotricien, acupuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe, psychologue, bilan du langage, microkinésithérapeute, mésothérapeute. Voir détails et conditions.**
Forfait prévention au travail (protection anti-bruits, protection des yeux, bas de contention, ceinture de soutien lombaire)	45€ / an	
SERVICES ET ACCOMPAGNEMENT**		
Viasistance	Facultative	Se reporter au descriptif des prestations Assistance remis au membre participant lors de son adhésion/affiliation.
Assistance administrative	120€ / an	Forfait d'assistance administrative pour le TNS (dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation)
Téléconsultation	OUI	Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...). Voir notice d'information.
Second avis médical	OUI	Accès à un second avis médical auprès d'un médecin spécialiste de votre pathologie.

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
 VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24EUR 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 24EUR est pris en charge par la garantie souscrite.
 Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants. 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 L111-15 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.

Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1er janvier 2016.
 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.

*Tels que définis réglementairement

** Se reporter à la notice d'information remise au membre participant lors de son adhésion/affiliation.

(1) 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 supérieure 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 L111-15 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 : 14-16, bd Malesherbes - 75008 PARIS. ASSUREUR ET DISTRIBUTEUR
 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 - v0010 du 29-01-2025 - p.2/2

RO + RC

VIAPRO5

HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM	400%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait journaliser dès le premier jour	Frais réels	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie et Obstétrique - en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) - en Psychiatrie (PSY).	
AUTRES FRAIS			
Frais de séjour	100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.	
Chambre particulière	90€/jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins Médicaux et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.	
Chambre particulière en ambulatoire	18€ / jour (3 jours / an)	Conditions : voir notice d'information.	
Frais d'accompagnant adulte/enfant de moins de 16 ans	35€ / jour	Versés sur justificatifs. Durée max de 10 jours / séjour pour tout type d'hospitalisation.	
Indemnité hospitalière	15€ / jour	Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours / an toutes disciplines confondues.	
Fécondation In Vitro	100% + 300€ / an		
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM	400%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%	
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM	400%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Auxiliaire médicaux	100%		
Psychologues pris en charge par le RO	100%	Sont pris en charge les psychologues conventionnés au dispositif "MonSoutienPsy"	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Frais d'analyses et de laboratoire	100%		
MÉDICAMENTS			
Pharmacie (tout SMR)	100%		
Automédication	100€ / 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 (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM).	
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO, stop tabac	70€ / an	Stop tabac : Forfait d'aide à l'arrêt du tabac non pris en charge par le RO. Comprend la prise en charge des compléments alimentaires (magnésium, phytothérapie, aromathérapie), des inhalateurs de TNS non pris en charge par le RO et de consultations de tabacologie). Voir conditions de prises en charge sur la Notice d'information.	
Vaccin contre la grippe	1 / an	Sur présentation d'un justificatif.	
MATÉRIEL MÉDICAL			
Appareillage et prothèses médicales	100% + 300€ / an	Hors appareillages dentaires, auditifs et équipements optiques	
TRANSPORT			
Transport	100%		
DENTAIRE			
SOINS ET PROTHÈSES 100%*			
Soins et prothèses dentaires	100% HLF		
PROTHÈSES			
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres	125% + 700€ / prothèse	Dans la limite des PLV pour le panier maîtrisé et plafonds prothèses dentaires : 2500€ / an (1400€ la 1 ^{re} année). Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.	
SOINS			
Soins dentaires	100%		
Inlay-onlay	400%	Dans la limite des HLF	
AUTRES			
Orthodontie remboursée par le RO	125% + 600€/semestre		
Actes dentaires non remboursés par le RO	1200€/an		
OPTIQUE(1)			
EQUIPEMENT 100% SANTÉ			
Montures et verres Classe A	100% PLV	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. 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			
Monture Classe B	100€	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. 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.	
Montures et Verres Classe B	Verres simples Classe B	300€	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 dioptrie et + 6,00 dioptrie et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptrie.
	Verres simples forte correction et verres multifocaux ou progressifs Classe B	460€	Équipement comportant au moins un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 dioptrie à + 6,00 dioptrie ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptrie, ou un verre multifocal ou progressif.
	Verres multifocaux ou progressifs forte correction Classe B	510€	Équipement adulte comportant au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 dioptrie à + 8,00 dioptrie ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 dioptrie à + 4,00 dioptrie.
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE POUR LES VERRES CLASSE A OU CLASSE B			
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV		
Appairage (hors verres classe B)	100% PLV		
Verres avec filtre	100% PLV		
Autres suppléments	100% TM		



RO + RC

VIAPRO5

AUTRES

Lentilles acceptées ou non par le RO	100% + 200€ / an	Pour les lentilles non RO, prise en charge uniquement du forfait.
Chirurgie réfractive de l'oeil	400€ / oeil / an	

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENT 100% SANTE*

Classe I par oreille	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 A TARIFS LIBRES

Classe II par oreille	100% + 600€	Depuis le 1er Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans et à 1.700€ par prothèse (RO+RC). 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 prothèses auditives	100%	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
---------------------------------------	------	--

CURES THERMALES

Honoraires des praticiens, frais d'établissements, frais d'hébergement et transports	400%	
--	------	--

AUTRES INDEMNITÉS

MATERNITÉ		
-----------	--	--

Prime de naissance ou d'adoption	300€	La prime est versée si l'enfant est inscrit dans les 3 premiers mois de sa naissance ou de son adoption.
----------------------------------	------	--

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Médecines douces	150€ / 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, étiopathie, biokinérgie, kiné méthode Mézières, psychomotricien, acupuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe, psychologue, bilan du langage, microkinésthérapeute, mésothérapeute. Voir détails et conditions.**
Forfait prévention au travail (protection anti-bruits, protection des yeux, bas de contention, ceinture de soutien lombaire)	50€ / an	

SERVICES ET ACCOMPAGNEMENT**

Viasistance	Facultative	Se reporter au descriptif des prestations Assistance remis au membre participant lors de son adhésion/affiliation.
Assistance administrative	120€ / an	Forfait d'assistance administrative pour le TNS (dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation)
Téléconsultation	OUI	Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...). Voir notice d'information.
Second avis médical	OUI	Accès à un second avis médical auprès d'un médecin spécialiste de votre pathologie.

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

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24EUR 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 24EUR est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants. 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 prévu 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 L111-15 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.

Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1er janvier 2016.

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.

*Tels que définis réglementairement

** Se reporter à la notice d'information remise au membre participant lors de son adhésion/affiliation.

(1) 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 inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

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 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 inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

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 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 L111-15 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 - v0013 du 29-01-2025 - p.2/2

