

COUVERTURE RENFORCÉE

REMBOURSEMENTS RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)
+
MUTUELLE

| HOSPITALISATION | | |
|--|--|--|
| CHIRURGIE, MÉDECINE, OBSTÉTRIQUE / SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ⁽¹⁾ / PSYCHIATRIE | | |
| Frais de séjour | | 100% |
| Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie | Médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) | 220% |
| | Médecins non signataires du CAS | 200% |
| Forfait journalier dès le premier jour ⁽²⁾ | | Frais Réels |
| Chambre particulière dès le premier jour hors ambulatoire ⁽³⁾ | | 40€/jour |
| Chambre particulière en ambulatoire (maximum 3 jours/an)* (hors psychiatrie) | | 18€/jour |
| Indemnité hospitalière ⁽⁴⁾ (hors psychiatrie) | | 30€/jour |
| SOINS EXTERNES | | 100% |
| TRANSPORTS | | 100% |
| HONORAIRES HORS HOSPITALISATION | | |
| Honoraires et actes de généralistes et spécialistes | Médecins signataires du CAS | 220% |
| | Médecins non signataires du CAS | 200% |
| Honoraires des auxiliaires médicaux | | 100% |
| Biologie | | 100% |
| Radiologie | Médecins signataires du CAS | 220% |
| | Médecins non signataires du CAS | 200% |
| PHARMACIE | | |
| Médicaments remboursés par le RO à 65% | | 100% |
| Médicaments remboursés par le RO à 30% | | 100% |
| Médication familiale* | | 60€/an |
| DENTAIRE | | |
| SOINS, CONSULTATIONS | | 100% |
| PROTHÈSES | | 100% |
| Si remboursement par le RO | Plafond de 800€ la 1ère année, 1000€ la 2ème et 2000€ les suivantes ⁽⁵⁾ | 100% + 300€/prothèse |
| Si non remboursement par le RO y compris implantologie | | 150€/an |
| ORTHODONTIE si remboursement par le RO | | 100% |
| ACTES DENTAIRE non remboursés par le RO* | | 200€/an |
| OPTIQUE CORRECTRICE | | |
| FORFAIT LUNETTES* (VERRES + MONTURE) TOUS LES DEUX ANS ⁽⁶⁾ | | |
| Equipement Adulte Verres simples ⁽⁷⁾ | | RO + 235€ (dont au maximum 80€ pour la monture) |
| Equipement Adulte Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs ⁽⁷⁾ | | RO + 290€ (dont au maximum 80€ pour la monture) |
| Equipement Adulte Verres multifocaux ou progressifs forte correction ⁽⁷⁾ | | RO + 340€ (dont au maximum 80€ pour la monture) |
| LENTILLES si remboursement ou non par le RO | | 100% + 150€/an |
| BONUS FIDÉLITÉ ET RESPONSABILITÉ si non utilisation forfait verres et monture pendant 3 ans* | | 65€ |
| CHIRURGIE RÉFRACTIVE | | 200€/œil/an |
| AUDITION CORRECTRICE | | |
| PROTHÈSES AUDITIVES si remboursement par le RO | | 100% + 500€/an |
| Forfait entretien prothèses auditives | | 100% + 40€/an |
| PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES | | |
| TRANSPORT si remboursement par le RO (hors cure) | | 100% |
| APPAREILLAGES ET PROTHÈSES si remboursement par le RO | | 200% |
| MÉDECINES DOUCES* | | 20€/séance (limité à 8/an) |
| Bonus fidélité à partir de 3 ans* | | 5€ la séance |
| VACCINS CONTRE LA GRIPPE si prescrits | | Frais Réels |
| CURES THERMALES si acceptées par le RO | | |
| Honoraires / Soins / Traitements | | 100% |
| Transport / Hébergement sur cures remboursées par le RO | | 100% + 200€/an |
| FORFAIT PRÉVENTION (Densitométrie osseuse / Vaccins prescrits non remboursés / Vitamines D / Traitements hormonaux) | | 150€/an |
| ALLOCATION FRAIS OBSEQUES* | | 800€ |
| ASSISTANCE* | | OUI |

Pour mieux comprendre et mieux choisir

GAMME
PLÉNITUDE

LES REMBOURSEMENTS

L'INTERVENTION CHIRURGICALE DE MONIQUE

Monique doit se faire opérer de la hanche. Elle restera 5 jours à l'hôpital.

| | |
|-----------------|--------------------------|
| 90,00 € | (Forfait journalier) |
| + 200,00 € | (Chambre particulière) |
| + 65,00 € | (Frais de location TV) |
| 355,00 € | (Facture de l'hôpital) |
| - 355,00 € | (Remboursement mutuelle) |
| 0 € | (Reste à charge) |

LES NOUVELLES LUNETTES D'ODILE

Prix de vente 250€ (Dont 70€ pour la monture et 180€ pour les verres*).

| | |
|------------|---|
| 250,00 € | (Dont 70€ pour la monture) |
| - 14,69 € | (Remboursement Sécurité sociale) |
| - 235,31 € | (Remboursement mutuelle dont 70€ pour la monture) |
| 0 € | (Reste à charge) |

*Verre blanc multifocal ou progressif, sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00

LES ACTIONS DE PRÉVENTION

- Conférences - débats - informations : des réunions animées par des professionnels afin de vous donner toutes les informations nécessaires à votre bien-être (la santé du pied, l'alimentation, le stress...)
- Ateliers-stages : initiations aux premiers secours, dépistages auditif et visuel, Prévention des chutes,...

QUELQUES ASTUCES

- Ayez le réflexe «médicaments génériques». Ils sont moins chers et tout aussi efficaces.
- Demandez un devis pour tout achat d'un équipement optique ou de prothèses dentaires et transmettez-le à votre mutuelle pour connaître les remboursements.
- Respectez le parcours de soins : suivre le parcours de soins coordonnés, c'est faire le choix d'un suivi médical alliant qualité et efficacité. C'est aussi la garantie de bénéficier de meilleurs remboursements.

ATOUTS VIASANTÉ

- ▶ Le Tiers-payant
- ▶ Consultation des remboursements 24h/24
- ▶ Le magazine santé gratuit
- ▶ Une relation continue sur internet
- ▶ Un interlocuteur unique en santé, prévoyance, épargne, retraite...
- ▶ Prise en charge cures et prothèses auditives
- ▶ Bonus fidélité en optique, médecines douces

VIASANTE prend en charge la participation forfaitaire de 18€ 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 18€ 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 VIASANTE au titre de la garantie:

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L 322-2 du code de la sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L 322-2 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.

(1) 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

(2) Forfait journalier : Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).

(3) Chambre particulière : 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.

(4) 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 signataires du Contrat d'Accès aux Soins).

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.

(5) Le plafond dentaire s'applique par année civile d'adhésion à la garantie et ne s'applique qu'au remboursement forfaitaire.

(6) La prise en charge est limitée à un équipement composé d'une monture et de deux verres, tous les deux ans, sauf pour les mineurs 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 de souscription au contrat.

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

a) Equipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 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) Equipement à Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

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) Equipement pour adulte à Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

*cf articles de 22.21 à 22.210 du règlement garanties frais de santé pour le détail des modalités.

Exemples de remboursements calculés sur les bases RO 2015 sous réserve de l'application des franchises médicales et en l'état de la législation au 01/01/2015.

Se reporter aux Règlements Mutualistes.

 AG2R LA MONDIALE

ViaSanté
MUTUELLE

www.viasante.fr