

**CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
FDSEA 30
VIVA 2 - MOINS DE 50 ANS**

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2026

Santé - Groupe Facultatif

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Isolé	61,31 €	65,15 €
Isolé avec 1 enfant	96,32 €	102,35 €
Famille	122,58 €	130,26 €

**Le montant de la cotisation inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) applicable au taux en vigueur à l'échéance de votre contrat, et dépend de la nature de celui-ci ainsi que du type de garanties couvertes. Cette taxe, acquittée par votre mutuelle, est intégrée dans le montant total de votre cotisation.

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2026 :

- Ratio P/C : 79,08 %
- Frais de gestion : 21,14 %



CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
FDSEA 30
VIVA 2 - PLUS DE 50 ANS

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2026

Santé - Groupe Facultatif

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Isolé	71,86 €	76,36 €
Isolé avec 1 enfant	107,07 €	113,78 €
Famille	143,66 €	152,66 €

**Le montant de la cotisation inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) applicable au taux en vigueur à l'échéance de votre contrat, et dépend de la nature de celui-ci ainsi que du type de garanties couvertes. Cette taxe, acquittée par votre mutuelle, est intégrée dans le montant total de votre cotisation.

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2026 :

- Ratio P/C : 79,08 %
- Frais de gestion : 21,14 %

VIVACTIV'SANTE ANI - 2026

VIVA 2

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

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	70%	125%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	70%	100%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	125%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	125%
Séances de psychologues prises en charge par le RO (1)	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur ameli.fr)	65%	100%
- Vaccin anti-grippe	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	150%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires : actes techniques et cliniques		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	125%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	130%
Frais de séjour		
Forfait journalier hospitalier (2)	-	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Oui
Chambre particulière avec nuitée (3)	-	50 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	15 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (5)	-	5 € / jour
Forfait naissance ou d'adoption	-	-
Optique (6)		
Equipements 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)		
Verres simples + monture	60%	150€ dont 75 € max monture
- Verres complexes + monture	60%	300€ dont 75 € max monture
- Verres très complexes + monture	60%	300€ dont 75 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	200€ dont 75 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	60%	200€ dont 75 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	60%	300€ dont 75 € max monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (8)	0 à 60%	150 € pour 2 ans
Autres prestations optiques 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (9)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	400 € / oeil / an
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)	60%	125%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	60%	200%
- Inlays/Onlays pris en charge par le RO	60%	125%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (10)	-	200 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	200%
Orthodontie non prise en charge par le RO (11)	-	200 € / an
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO (10)	-	200 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé) (12)	-	1000 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (13)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (13)	60%	150%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (14)	55% à 70%	100% + 100 €

VIVACTIV'SANTE ANI - 2026 (Suite)

VIVA 2

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	60% à 70%	100%
Bien-être (15)		90 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étio-pathie, diététicien, psychomotricien (16)	-	20 euros / séance
- Homéopathie et pharmacie (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) prescrites	-	
- Fournitures et entretien appareillage auditif	-	
- Vaccins prescrits	-	
- Appareillage médical prescrit (achat ou location)	-	
- Visite annuelle du sport + test d'effort	-	
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	-	
- Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie	-	
- Psychologue libéral, psychothérapie	-	
- Contraception prescrite	-	
- Assistance médicale à la procréation	-	
- Pédicure/podologue	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

BR : Base de Remboursement; BRR : Base de Remboursement Reconstituée; CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux; DR : Dépense Réelle; FR : Frais Réels; MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité d'Anesthésie-réanimateurs, de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; PEC RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; NON PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; RO : Régime Obligatoire; RSS : Remboursement Sécurité Sociale; SMR : Service Médical Rendu; TA : Tarif d'Autorité; TM : Ticket Modérateur; AM : Alsace Moselle; HAM : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les remboursements équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire. En cas de modification de la PEC RO, la prise en charge de la mutuelle compensera automatiquement ce déremboursement. Les prestations forfaitaires (hors équipements optiques (monture et verres) et audioprothèses) et les plafonds en euros ainsi que les limites en jours s'entendent par bénéficiaire et par année(s) civile(s), ils se renouvellent au 1er janvier suivant la fin de périodicité précisée.

(1) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»

(2) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Prise en charge limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en établissements psychiatriques et en établissements de soins de suite et de réadaptation. La limite est portée à 120 jours par année civile et par bénéficiaire en centre de rééducation, déduction faite des 60 jours si cumul de 2 types d'hospitalisations. Quelle que soit la catégorie de l'établissement, la nature et la durée du séjour, la prise en charge de la chambre particulière par année civile et par bénéficiaire est plafonnée à un montant égal à 2 fois le PMSS en vigueur.

(4) Prise en charge limitée à 60 jours par an, par bénéficiaire et limitée aux enfants de moins de 18 ans.

(5) Prise en charge limitée à 30 jours par année civile, par bénéficiaire.

(6) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :

- d'une prescription,

- d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Forfait valable pour 2 ans, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(10) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.

(11) Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

(12) Plafond applicable sur l'ensemble des prestations dentaires. Une fois le plafond atteint par le bénéficiaire au cours de l'année civile, les remboursements par la Mutuelle seront limités à 125% de la BR sur les prothèses et l'orthodontie remboursées par le RO.

(13) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(14) Forfait annuel.

(15) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADEL ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINESS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.

(16) Maximum 4 séances par bénéficiaire et par an.

**CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
FDSEA 30
VIVA 3 - MOINS DE 50 ANS**

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2026

Santé - Groupe Facultatif

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Isolé	82,63 €	87,81 €
Isolé avec 1 enfant	126,38 €	134,30 €
Famille	165,26 €	175,62 €

**Le montant de la cotisation inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) applicable au taux en vigueur à l'échéance de votre contrat, et dépend de la nature de celui-ci ainsi que du type de garanties couvertes. Cette taxe, acquittée par votre mutuelle, est intégrée dans le montant total de votre cotisation.

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2026 :

- Ratio P/C : 79,08 %
- Frais de gestion : 21,14 %



Entre nous, c'est humain

CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
FDSEA 30
VIVA 3 - PLUS DE 50 ANS

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2026

Santé - Groupe Facultatif

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Isolé	115,27 €	122,49 €
Isolé avec 1 enfant	159,27 €	169,25 €
Famille	189,35 €	201,22 €

**Le montant de la cotisation inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) applicable au taux en vigueur à l'échéance de votre contrat, et dépend de la nature de celui-ci ainsi que du type de garanties couvertes. Cette taxe, acquittée par votre mutuelle, est intégrée dans le montant total de votre cotisation.

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2026 :

- Ratio P/C : 79,08 %
- Frais de gestion : 21,14 %



2553362688M0000110511

VIVACTIV'SANTE ANI - 2026

VIVA 3

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

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	70%	150%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	70%	130%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	130%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	150%
Séances de psychologues prises en charge par le RO (1)	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	125%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur ameli.fr)	65%	100%
- Vaccin anti-grippe	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	200%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires : actes techniques et cliniques		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	130%
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	180%
Frais de séjour	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (2)	-	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Oui
Chambre particulière avec nuitée (3)	-	70 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	25 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (5)	-	5 € / jour
Forfait naissance ou d'adoption	-	-
Optique (6)		
Equipements 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples + monture	60%	200€ dont 100 € max monture
- Verres complexes + monture	60%	400€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes + monture	60%	400€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	300€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	60%	300€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	60%	400€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (8)	0 à 60%	200 € pour 2 ans
Autres prestations optiques 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (9)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	500 € / oeil / an
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)	60%	150%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	60%	300%
- Inlays/Onlays pris en charge par le RO	60%	150%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (10)	-	300 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	250%
Orthodontie non prise en charge par le RO (11)	-	300 € / an
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO (10)	-	300 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé) (12)	-	1500 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (13)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (13)	60%	200%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (14)	55% à 70%	100% + 200 €

VIVACTIV'SANTE ANI - 2026 (Suite)

VIVA 3

Régime
obligatoire (RO)

Régime obligatoire + Mutualia

Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	60% à 70%	100%
Bien-être (15)		120 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étio-pathie, diététicien, psychomotricien (16)	-	30 euros / séance
- Homéopathie et pharmacie (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) prescrites	-	
- Fournitures et entretien appareillage auditif	-	
- Vaccins prescrits	-	
- Appareillage médical prescrit (achat ou location)	-	
- Visite annuelle du sport + test d'effort	-	
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	-	
- Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie	-	
- Psychologue libéral, psychothérapie	-	
- Contraception prescrite	-	
- Assistance médicale à la procréation	-	
- Pédicure/podologue	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

BR : Base de Remboursement; BRR : Base de Remboursement Reconstituée; CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux; DR : Dépense Réelle; FR : Frais Réels; MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité d'Anesthésie-réanimateurs, de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; PEC RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; NON PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; RO : Régime Obligatoire; RSS : Remboursement Sécurité Sociale; SMR : Service Médical Rendu; TA : Tarif d'Autorité; TM : Ticket Modérateur; AM : Alsace Moselle; HAM : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les remboursements équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire. En cas de modification de la PEC RO, la prise en charge de la mutuelle compensera automatiquement ce déremboursement. Les prestations forfaitaires (hors équipements optiques (monture et verres) et audioprothèses) et les plafonds en euros ainsi que les limites en jours s'entendent par bénéficiaire et par année(s) civile(s), ils se renouvellent au 1er janvier suivant la fin de périodicité précisée.

(1) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»

(2) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Prise en charge limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en établissements psychiatriques et en établissements de soins de suite et de réadaptation. La limite est portée à 120 jours par année civile et par bénéficiaire en centre de rééducation, déduction faite des 60 jours si cumul de 2 types d'hospitalisations. Quelle que soit la catégorie de l'établissement, la nature et la durée du séjour, la prise en charge de la chambre particulière par année civile et par bénéficiaire est plafonnée à un montant égal à 2 fois le PMSS en vigueur.

(4) Prise en charge limitée à 60 jours par an, par bénéficiaire et limitée aux enfants de moins de 18 ans.

(5) Prise en charge limitée à 30 jours par année civile, par bénéficiaire.

(6) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :

- d'une prescription,

- d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Forfait valable pour 2 ans, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(10) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.

(11) Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

(12) Plafond applicable sur l'ensemble des prestations dentaires. Une fois le plafond atteint par le bénéficiaire au cours de l'année civile, les remboursements par la Mutuelle seront limités à 125% de la BR sur les prothèses et l'orthodontie remboursées par le RO.

(13) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(14) Forfait annuel.

(15) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADEL ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINESS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.

(16) Maximum 4 séances par bénéficiaire et par an.



Entre nous, c'est humain

**CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
FDSEA 30
VIVA 4 - MOINS DE 50 ANS**

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2026

Santé - Groupe Facultatif

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Isolé	99,95 €	106,21 €
Isolé avec 1 enfant	147,53 €	156,78 €
Famille	189,49 €	201,37 €

**Le montant de la cotisation inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) applicable au taux en vigueur à l'échéance de votre contrat, et dépend de la nature de celui-ci ainsi que du type de garanties couvertes. Cette taxe, acquittée par votre mutuelle, est intégrée dans le montant total de votre cotisation.

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2026 :

- Ratio P/C : 79,08 %
- Frais de gestion : 21,14 %



25532626880000110411

**CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
FDSEA 30
VIVA 4 - PLUS DE 50 ANS**

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2026

Santé - Groupe Facultatif

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
Isolé	125,51 €	133,37 €
Isolé avec 1 enfant	173,41 €	184,28 €
Famille	211,89 €	225,17 €

**Le montant de la cotisation inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) applicable au taux en vigueur à l'échéance de votre contrat, et dépend de la nature de celui-ci ainsi que du type de garanties couvertes. Cette taxe, acquittée par votre mutuelle, est intégrée dans le montant total de votre cotisation.

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2026 :

- Ratio P/C : 79,08 %
- Frais de gestion : 21,14 %

VIVACTIV'SANTE ANI - 2026

VIVA 4

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

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	70%	200%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	70%	180%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	180%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	200%
Séances de psychologues prises en charge par le RO (1)	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	150%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur ameli.fr)	65%	100%
- Vaccin anti-grippe	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	300%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires : actes techniques et cliniques		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	180%
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	300%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	200%
Frais de séjour	80% à 100%	300%
Forfait journalier hospitalier (2)	-	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Oui
Chambre particulière avec nuitée (3)	-	90 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	30 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (5)	-	5 € / jour
Forfait naissance ou d'adoption	-	-
Optique (6)		
Equipements 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
 Equipements à tarifs libres (7)		
Verres simples + monture	60%	300€ dont 100 € max monture
- Verres complexes + monture	60%	500€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes + monture	60%	500€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	400€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	60%	400€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	60%	500€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (8)	0 à 60%	300 € pour 2 ans
Autres prestations optiques 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (9)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	600 € / oeil / an
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)	60%	200%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	60%	400%
- Inlays/Onlays pris en charge par le RO	60%	200%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (10)	-	400 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	300%
Orthodontie non prise en charge par le RO (11)	-	400 € / an
Forfait global IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire) non PEC RO (10)	-	400 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé) (12)	-	2000 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (13)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (13)	60%	300%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (14)	55% à 70%	100% + 200 €

VIVACTIV'SANTE ANI - 2026 (Suite)

VIVA 4

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	60% à 70%	100%
Bien-être (15)		150 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, diététicien, psychomotricien (16)	-	35 euros / séance
- Homéopathie et pharmacie (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) prescrites	-	
- Fournitures et entretien appareillage auditif	-	
- Vaccins prescrits	-	
- Appareillage médical prescrit (achat ou location)	-	
- Visite annuelle du sport + test d'effort	-	
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	-	
- Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie	-	
- Psychologue libéral, psychothérapie	-	
- Contraception prescrite	-	
- Assistance médicale à la procréation	-	
- Pédicure/podologue	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

BR : Base de Remboursement; BRR : Base de Remboursement Reconstituée; CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux; DR : Dépense Réelle; FR : Frais Réels; MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité d'Anesthésie-réanimateurs, de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; PEC RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; NON PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; RO : Régime Obligatoire; RSS : Remboursement Sécurité Sociale; SMR : Service Médical Rendu; TA : Tarif d'Autorité; TM : Ticket Modérateur; AM : Alsace Moselle; HAM : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les remboursements équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire. En cas de modification de la PEC RO, la prise en charge de la mutuelle compensera automatiquement ce déremboursement. Les prestations forfaitaires (hors équipements optiques (monture et verres) et audioprothèses) et les plafonds en euros ainsi que les limites en jours s'entendent par bénéficiaire et par année(s) civile(s), ils se renouvellent au 1er janvier suivant la fin de périodicité précisée.

(1) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»

(2) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Prise en charge limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en établissements psychiatriques et en établissements de soins de suite et de réadaptation. La limite est portée à 120 jours par année civile et par bénéficiaire en centre de rééducation, déduction faite des 60 jours si cumul de 2 types d'hospitalisations. Quelle que soit la catégorie de l'établissement, la nature et la durée du séjour, la prise en charge de la chambre particulière par année civile et par bénéficiaire est plafonnée à un montant égal à 2 fois le PMSS en vigueur.

(4) Prise en charge limitée à 60 jours par an, par bénéficiaire et limitée aux enfants de moins de 18 ans.

(5) Prise en charge limitée à 30 jours par année civile, par bénéficiaire.

(6) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :

- d'une prescription,

- d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Forfait valable pour 2 ans, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(10) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.

(11) Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

(12) Plafond applicable sur l'ensemble des prestations dentaires. Une fois le plafond atteint par le bénéficiaire au cours de l'année civile, les remboursements par la Mutuelle seront limités à 125% de la BR sur les prothèses et l'orthodontie remboursées par le RO.

(13) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(14) Forfait annuel.

(15) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADEL ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINISS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.

(16) Maximum 4 séances par bénéficiaire et par an.