

Tableau de garanties - Vitamin³ Hospi

Garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2023

Extraits des notices d'informations, se conformer aux conditions générales annexées au bulletin d'adhésion.

Le contrat Vitamin³ HOSPI n'est pas un contrat « responsable et solidaire », au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale. Celui-ci n'est donc pas éligible au régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin ».

TG_VITAMIN3-HOSPI_ME-AG_202210_3

Hospitalisation

Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (DPTAM* / hors DPTAM*)	150%
Frais de séjour en établissement conventionné (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné	100%
Forfait journalier Hospitalier	Frais réels
Forfait patient Urgences	Remboursement intégral
Frais de transport acceptés par le Régime obligatoire	100%
Chambre particulière (avec nuitée) Chirurgie - Médecine - Maternité - Soins de suite ⁽¹⁾ Limité à 90 jours par an	40€ / jour
Frais d'accompagnant : Limités à 30 jours par an	15€ / jour
Forfait hospitalisation ambulatoire ⁽²⁾	15€ / jour
Confort à l'hôpital : TV - Internet - Téléphone - Presse Dès la 1 ^{re} nuit d'hospitalisation ⁽³⁾ - Limité à 20 jours par séjour	5€ / jour
Frais de soins et de séjour à l'étranger	100%

Accident, hospitalisation urgente ou non (y compris en ambulatoire), maternité, pathologie lourde... Vous avez besoin d'aide ?
Votre garantie d'Assistance⁽⁴⁾ vous accompagne et vous apporte des solutions d'aide à la vie quotidienne : aide ménagère, fermeture du domicile quitté en urgence, garde d'animaux...

Avantages & Services

Téléconsultation médicale	✓
Assistance santé ⁽⁴⁾ vie quotidienne 24h/24 & 7j/7	✓
Protection Juridique "Recours Médical" ⁽⁴⁾	✓
Réseaux de soins Services accessibles depuis votre compte adhérent sur apivia.fr	✓
Appli mobile : gestion compte adhérents / carte tiers-payant numérique	✓
Accompagnement en cas de maladies redoutées (10% réduction sur le site Oncovia)	✓
Éligibilité Madelin	NON

Les garanties exprimées en pourcentage et en euros incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Les forfaits sont valables par an et par bénéficiaire à compter de la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

*Le DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés [OPTAM (pour les médecins de secteur 2), OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et qui remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS)].

(1) Chambre particulière en soins de suite : centre de rééducation fonctionnelle, maison de repos, centre de convalescence, et de réadaptation. Les frais de chambre particulière pour les séjours en établissement psychiatrique et assimilés sont exclus.

(2) Participation aux frais suivants en cas d'hospitalisation ambulatoire : chambre ambulatoire, repas, télévision, internet. Ce forfait est non cumulable avec le forfait "confort à l'hôpital". Le remboursement est effectué sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.

(3) Les frais de confort à l'hôpital, sont pris en charge dans la limite de la dépense engagée lors de toute hospitalisation d'au moins 1 nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait hospitalisation à la journée. Prise en charge jusqu'à 20 jours par séjour, sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée à adresser au service prestations d'Apivia Macif Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort CEDEX 9.

(4) Les garanties d'assistance et protection juridique "Recours Médical" portées au contrat sont assurées auprès d'autres assureurs dont les mentions légales sont annexées aux conditions générales de l'offre remises à la souscription. Informations également disponibles sur votre espace adhérent apivia.fr.



Votre contrat Vitamin³ Hospi sous marque Apivia est assuré par Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française.
SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS Cedex 15.
Le contrat est distribué par le réseau d'Apivia Courtage - SAS au capital de 20 000 000 € - RCS Tours 490 625 662 - Siège social : 108 rue Ronsard 37100 Tours - ORIAS n° 09 051 617 (www.orias.fr). Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.



Vitamin 3 Hospi - régime général


Exemples de remboursement(1) au 01/01/2023

Contrat d'assurance santé non responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Vitamin 3 Formule Hospi	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	40 €	Illimité en médecine, chirurgie et maternité Limité à 60 jours par an en rééducation fonctionnelle, maison de repos et de convalescence, soins de suite et de réadaptation. Exclu en psychiatrie
Séjour avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,04 €	794,04 €	770,04 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	413 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	5,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	451 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	39,45 €
Séjour sans actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 333,75 €	3 333,75 €	2 667,00 €	666,75 €	0 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de + de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	Non remboursé par ce contrat	8,50 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	Non remboursé par ce contrat	9,60 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	Non remboursé par ce contrat	10 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	Non remboursé par ce contrat	9,60 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	Non remboursé par ce contrat	24 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	Non remboursé par ce contrat	38,90 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	58 €	23 €	15,10 €	Non remboursé par ce contrat	42,90 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : Achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	Non remboursé par ce contrat	10,99 €
Dentaire					
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	Non remboursé par ce contrat	416 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	Non remboursé par ce contrat	13,02 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramométallique sur molaires	547,90 €	120 €	84 €	Non remboursé par ce contrat	463,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	720 €	193,50 €	193,50 €	Non remboursé par ce contrat	526,50 €
Optique					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV (4)	0 €
Ex : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	Non remboursé par ce contrat	33,35 € (par verre) + 24,60 € (monture)
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	Non remboursé par ce contrat	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	Non remboursé par ce contrat	99,97 € (par verre) + 138,97 € (monture)
Ex : verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	Non remboursé par ce contrat	230,97 € (par verre) + 138,97 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé par ce contrat	Selon contrat
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé par ce contrat	Selon contrat

Aides auditives					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽¹⁾	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400,00	240 €	Non remboursé par ce contrat	710 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 534 €	400 €	240 €	Non remboursé par ce contrat	1 294 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2) Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4) Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

 Votre contrat **Vitamin 3 Hospi** sous marque Apivia est assuré par **Apivia Macif Mutuelle**, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS cedex 15.

Le contrat est distribué par le réseau d'Apivia Courtage - SAS au capital de 20 000 000 € - RCS Tours 490 625 662 - Siège Social 108 rue Ronsard 37100 Tours - ORIAS n°09 051 617 (www.orias.fr). Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09