

Le tableau des garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise médicale annuelle de l'assuré, qui restent à sa charge, et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré. Pour les actes hors parcours de soins, les remboursements de la mutuelle sont identiques en montants à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins, à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge.

	1		2		3		4		5		
	3 premiers mois		Mois suivants		3 premiers mois		Mois suivants		3 premiers mois		Mois suivants
<b>Hospitalisation</b>											
Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris maternité)											
Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (DPTAM*)	100%	150%	200%	200%	250%	200%	300%				
Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris maternité)											
Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (hors DPTAM*)	100%	125%	150%	150%	175%	150%	200%				
Frais de séjour en établissement conventionné (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels										
Frais de séjour en établissement non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%				
Forfait journalier Hospitalier	Frais réels										
Forfait patient Urgences	Remboursement intégral										
Chambre particulière (avec nuitée) :											
Chirurgie - Médecine - Maternité - <i>Durée illimitée</i>	-	30€ / jour	50€ / jour	50€ / jour	70€ / jour	50€ / jour	90€ / jour				
Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation - <i>Durée limitée à 60 jours par an</i>	-	20€ / jour	30€ / jour	30€ / jour	40€ / jour	30€ / jour	50€ / jour				
Frais d'accompagnant : <i>Limités à 30 jours par an</i>	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	15€ / jour	30€ / jour				
Frais de transport acceptés par le RO**	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%				
Confort à l'hôpital (TV - Internet - Téléphone - Presse)											
Dès la 1 <sup>re</sup> nuit d'hospitalisation <sup>(1)</sup> - <i>Limité à 20 jours par séjour</i>	-	10€ / jour	10€ / jour	10€ / jour	10€ / jour	10€ / jour	10€ / jour				
Forfait hospitalisation ambulatoire <sup>(2)</sup>	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	15€ / jour	30€ / jour				
Frais de soins et de séjour à l'étranger	100%	100%	100%	110%	110%	130%	130%				
Accident, hospitalisation urgente ou non (y compris en ambulatoire), maternité, pathologie lourde... Vous avez besoin d'aide ?											
Votre garantie Assistance*** vous accompagne et vous apporte des solutions d'aide à la vie quotidienne : aide ménagère, fermeture du domicile quitté en urgence, garde d'animaux...											
<b>Optique <sup>(3)</sup></b>											
<b>Equipement 100% Santé<sup>(4)</sup> - Sans reste à charge</b>											
<b>Remboursement intégral</b>											
Equipement 2 verres simples + monture	100%	100€	150€	150€	200€	150€	300€				
Equipement 2 verres complexes ou hypercomplexes + monture	100%	200€	250€	250€	300€	250€	400€				
Equipement mixte (monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe)	100%	150€	200€	200€	250€	200€	350€				
Dont monture <sup>(5)</sup>	100%	30€	50€	50€	100€	50€	100€				
Lentilles de correction remboursables ou non par le RO** - <i>Par an</i>	100%	100€	150€	150€	200€	150€	250€				
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le RO** - <i>Par œil et par an</i>	-	100€	200€	200€	300€	200€	400€				
<b>Dentaire</b>											
<b>Soins et prothèses 100% Santé<sup>(4)</sup> - Sans reste à charge</b>											
<b>Remboursement intégral</b>											
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO**	100%	100%	100%	100%	125%	100%	150%				
Prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**	100%	125%	150%	150%	225%	150%	300%				
<b>BONUS FIDÉLITÉ (+25%)</b>	Dès la 2 <sup>e</sup> année										
	Dès la 3 <sup>e</sup> année										
Orthodontie remboursée par le RO**	100%	125%	150%	150%	225%	150%	300%				
Frais dentaires non remboursés par le RO** :											
Prothèses - Implants et soins dentaires											
Montant par acte	-	-	200€	200€	300€	200€	400€				
Nombre d'actes par an	-	-	3 actes	3 actes <sup>(6)</sup>	3 actes <sup>(6)</sup>	3 actes <sup>(6)</sup>	3 actes <sup>(6)</sup>				
Plafond dentaire (prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**, orthodontie remboursée par le RO**, frais dentaires non remboursés par le RO**)	-	-	1 <sup>re</sup> année 750€ 2 <sup>e</sup> année 1200€ 3 <sup>e</sup> et suivantes 1500€	1 <sup>re</sup> année 750€ 2 <sup>e</sup> année 1200€ 3 <sup>e</sup> et suivantes 1500€	1 <sup>re</sup> année 1000€ 2 <sup>e</sup> année 1200€ 3 <sup>e</sup> et suivantes 1500€	1 <sup>re</sup> année 750€ 2 <sup>e</sup> année 1200€ 3 <sup>e</sup> et suivantes 1500€	1 <sup>re</sup> année 1000€ 2 <sup>e</sup> année 1200€ 3 <sup>e</sup> et suivantes 1500€				
<b>Aides auditives <sup>(7)</sup></b>											
<b>Equipement 100% Santé<sup>(4)</sup> - Sans reste à charge</b>											
<b>Remboursement intégral</b>											
Appareils auditifs <sup>(8)</sup> - <i>Par oreille</i>	100%	100% + 150€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 350€	100% + 200€	100% + 550€				
Entretien - Piles - Accessoires - <i>Par an</i>	100%	100%	100% + 30€	100% + 30€	100% + 40€	100% + 30€	100% + 50€				
<b>Soins courants</b>											
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) :											
Actes techniques médicaux - Radiologie (DPTAM*)	100%	125%	150%	175%	175%	250%	250%				
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) :											
Actes techniques médicaux - Radiologie (hors DPTAM*)	100%	100%	125%	150%	150%	200%	200%				
Analyses - Examens de laboratoire	100%	100%	130%	175%	175%	220%	220%				
Consultations de psychologues remboursées par le Régime obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%				
Honoraires paramédicaux :											
Orthophonistes - Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthoptistes	100%	100%	130%	175%	175%	220%	220%				
Médicaments et vaccins remboursés par le RO**	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%				
Matériel médical :											
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires, tout appareillage, hors auditif et optique	100%	125%	150%	175%	175%	200%	200%				
Frais de soins et de séjour à l'étranger	100%	100%	100%	110%	110%	130%	130%				

	3 premiers mois			Mois suivants		3 premiers mois		Mois suivants
Médecines douces : Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture - Étiopathie - Homéopathie - Naturopathie - Podologie/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnose thérapeutique								
Montant par séance	-	20 € / séance	25 € / séance	25 € / séance	30 € / séance	25 € / séance	35 € / séance	
Nombre de séances par an	-	2 séances	3 séances	3 séances <sup>(6)</sup>	4 séances <sup>(6)</sup>	3 séances <sup>(6)</sup>	5 séances <sup>(6)</sup>	
Cures thermales prescrites remboursées par le RO** :								
Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement - Par an	-	100%	100% + 50 € /an	100% + 50 € /an	100% + 100 € /an	100% + 50 € /an	100% + 150 € /an	
Dépistage et Prévention (actes non remboursés par le RO**) :								
Vaccins prescrits non pris en charge - Traitement antipaludéen pour les voyages - Substituts nicotiniques (en complément de la Sécurité sociale)	100 € / an	100 € / an	100 € / an	100 € / an	100 € / an	100 € / an	150 € / an	
- Médicaments de l'ostéoporse - Matériel de surveillance hypertension homologué ANSM - Par an								

Téléconsultation médicale	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Assistance santé*** vie quotidienne 24h/24 & 7j/7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Protection Juridique "Recours Médical"****	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Réseaux de soins	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Appli mobile : gestion compte adhérents / carte de tiers-payant numérique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Accompagnement en cas de maladies redoutées (10% réduction sur le site Oncovia)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Eligibilité Madelin	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Eligibilité Packs Optionnels	NON	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Ce contrat est un contrat responsable au sens de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale. Les remboursements exprimés en pourcentage et en euros incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements, forfaits (hors optique et aides auditives) limites et plafonds de garanties s'entendent par bénéficiaire et par an 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)).

**\*\*RO** : Régime obligatoire

**\*\*\*** 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.

(1) 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.

(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) Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement. Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement. Le forfait attribué pour la monture selon les décrets en vigueur ne pourra pas excéder 100 €.

(4) Tels que définis réglementairement.

(5) Par exception, le forfait monture de 100 € correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale.

(6) Pour les niveaux 4 et 5, les séances et les actes remboursés pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet du contrat seront déduits du nombre maximum de séances et d'actes remboursables par an, prévu pour les mois suivants.

(7) Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, prise en charge d'un équipement (1 appareil acoustique) est limitée à 1 équipement par oreille tous les 4 ans. Le point de départ de cette période par assuré correspond à la date de l'équipement.

(8) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime obligatoire.

## Packs optionnels

Vous souhaitez renforcer vos garanties ? Souscrivez jusqu'à 3 packs optionnels avec les niveaux de garanties 2, 3, 4 et 5. (Les packs Bien-être et Prévention ne peuvent pas être cumulés)

### Hospitalisation & Honoraires

Dépassements d'honoraires : Ville/Hôpital (DPTAM* uniquement)	+ 50%
Chambre particulière (avec nuitée) : Montant par jour . Maladie - Chirurgie - Maternité . Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation. . Psychiatrie et assimilés (maxi 30 jours par an) <sup>(9)</sup>	+ 20 €
Amélioration frais accompagnant - Montant par jour	+ 15 €
Amélioration hospitalisation à la journée - Montant par jour	+ 30 €
Frais de soins et de séjour à l'étranger	+ 20%

### Optique - Dentaire - Audio

Forfait lentilles remboursées et non remboursées par le RO** - Par an	+ 200 €
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le RO** Par œil et par an	+ 200 €
Forfait protection lumière bleue <sup>(10)</sup> et Equipeement basse vision /malvoyance - Par an	100 €
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	+ 100%
Parodontologie et Orthodontie non remboursées <sup>(11)</sup>	150 €
Remboursement audioprothèse classe 2 - Par oreille	+ 100 €

**Lexique** : Les prises en charge s'entendent **en complément** (précédées par un +) ou **en ajout** et dans les limites prévues dans la garantie de base souscrite.

(9) Pour les frais de chambre particulière « psychiatrie et assimilés », le montant s'ajoute au montant pris en charge dans la garantie de base souscrite pour les frais de chambre particulière « rééducation fonctionnelle, maison de repos et de convalescence, soins de suite et de réadaptation » et dans la limite de 30 jours par an.

(10) Ce forfait prend en charge les équipements d'optique non correctifs anti-lumière bleue, sur présentation d'une facture acquittée.

(11) Dans la limite du nombre d'actes prévu dans la garantie de base souscrite sur le poste frais dentaires non remboursés par le RO\*\*.

(12) Enfant inscrit au contrat dans la limite d'âge prévue aux conditions générales du contrat.

(13) Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, homéopathie, naturopathie, podologie/pédicure, diététicien/nutritionniste et hypnose thérapeutique.

(14) Automédication : pharmacie non prescrite non remboursée. (médicaments inscrits au répertoire VIDAL).

(15) Allocation naissance ou adoption : subordonnée à l'enregistrement de l'enfant au contrat et l'envoi du justificatif (naissance ou adoption) dans le mois qui suit l'événement.

(16) Remboursement sur présentation d'une licence ou d'un abonnement acquitté dont la date a débuté postérieurement à la prise de garantie.

### Bien-être & Prévention 1

Pack enfant <sup>(12)</sup> : Psychologue - Psychomotricien Par séance (maxi 3 séances)	30 €
Forfait médecines douces <sup>(13)</sup> - Par séance	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication <sup>(14)</sup> - Par an	50 €
Contraception prescrite non remboursée par le RO** - Par an	100 €
Allocation naissance ou adoption - Par enfant <sup>(15)</sup>	350 €
FIV / amniocentèse - Par an	200 €
Abonnement sportif Licence, club, association et abonnement en salle de sport <sup>(16)</sup> - Par an	50 €

### Bien-être & Prévention 2

Cures thermales - Par an	+ 200 €
Forfait médecines douces <sup>(13)</sup> - Par séance	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication <sup>(14)</sup> - Par an	50 €
Forfait prévention - Dépistage non pris en charge par le RO** : cancers (col de l'utérus, côlon, sein), du glaucome, troubles de l'audition - Par an	50 €
Abonnement sportif : Licence, club, association et abonnement en salle de sport <sup>(16)</sup> - Par an	50 €

# Vitamin 3 - formule 1 - régime général

Exemples de remboursement<sup>(1)</sup> au 01/01/2023

Contrat d'assurance santé responsable <sup>(2)</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Vitamin 3 Formule 1	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
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	Non remboursé par ce contrat	Selon contrat
<b>Séjour avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
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 €	0 €	141,30 €
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 €	0 €	179,30 €
<b>Séjour sans actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
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 €
<b>Soins courants</b>					
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 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	9,60 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	9 €	15,00 €
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 €	6,90 €	32 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	58 €	23 €	15,10 €	6,90 €	36 €
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 €	9,76 €	1,23 €
<b>Dentaire</b>					
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 €	416 €	0 €
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 €	13,02 €	0 €
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 €	36 €	427,90 €
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 €	0 €	526,50 €
<b>Optique</b>					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0 €
Ex : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
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 €	0,02 € (par verre) + 0,02 € (monture)	99,95 € (par verre) + 138,95 € (monture)
Ex : verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,02 € (par verre) + 0,02 € (monture)	230,95 € (par verre) + 138,95 € (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 (dans le cas général)	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 <sup>(4)</sup>	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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 €	160 €	1 134 €

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 « responsables » quand ils respectent 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** 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](http://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 - formule 2 - régime général

Exemples de remboursement<sup>(1)</sup> au 01/01/2023

Contrat d'assurance santé responsable <sup>(2)</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Vitamin 3 Formule 2	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
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	30 € en médecine, chirurgie et maternité 20 € en rééducation fonctionnelle, maison de repos et de convalescence, soins de suite et de réadaptation	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.					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
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 €	67,93 €	111,38 €
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.					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
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 €
<b>Soins courants</b>					
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 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	9,60 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	16,50 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	6,90 €	32,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	58 €	23 €	15,10 €	6,90 €	36,00 €
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 €	10,99 €	0 €
<b>Dentaire</b>					
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 €	416 €	0 €
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 €	13,02 €	0 €
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 €	66 €	397,90 €
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 €	48,38 €	478,12 €
<b>Optique</b>					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0 €
Ex : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
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 €	100 €	238,91 €
Ex : verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	200 €	400,91 €
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)	100 €	Forfait par an
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	100 €	Forfait par œil et par an

**Aides auditives**

Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>1)4)</sup>	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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 €	310 €	984 €

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 « responsables » quand ils respectent 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** 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](http://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 - formule 3 - régime général


Exemples de remboursement<sup>(1)</sup> au 01/01/2023

Contrat d'assurance santé responsable <sup>(2)</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Vitamin 3 Formule 3	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
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	50 € en médecine, chirurgie et maternité 30 € en rééducation fonctionnelle, maison de repos et de convalescence, soins de suite et de réadaptation	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.					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
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 €	141,30 €	0 €
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 €	43,45 €
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.					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
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 €
<b>Soins courants</b>					
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 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	9,60 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	23 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	12,65 €	26,25 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	58 €	23 €	15,10 €	12,65 €	30,25 €
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 €	10,99 €	0 €
<b>Dentaire</b>					
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 €	416 €	0 €
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 €	13,02 €	0 €
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 €	96 €	367,90 €
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 €	96,75 €	429,75 €
<b>Optique</b>					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0 €
Ex : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
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 €	150 €	188,91 €
Ex : verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	250 €	350,91 €
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)	150 €	Forfait par an
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	200 €	Forfait par œil et par an

Aides auditives					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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 €	360 €	934 €

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 « responsables » quand ils respectent 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** 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](http://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 - formule 4 - régime général

Exemples de remboursement<sup>(1)</sup> au 01/01/2023

Contrat d'assurance santé responsable <sup>(2)</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Vitamin 3 Formule 4	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
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	70 € en médecine, chirurgie et maternité (50 € durant les 3 premiers mois d'adhésion) 40 € en rééducation fonctionnelle, maison de repos et de convalescence, soins de suite et de réadaptation (30 € durant les 3 premiers mois d'adhésion)	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 €	141,30 €	0 €
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 € les 3 premiers mois 179,30 € les mois suivants	43,45 € les 3 premiers mois 0 € les mois suivants
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 €
<b>Soins courants</b>					
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 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	9,60 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	23 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	18,40 €	20,50 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	58 €	23 €	15,10 €	18,40 €	24,50 €
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 €	10,99 €	0 €
<b>Dentaire</b>					
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 €	416 €	0 €
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 €	13,02 €	0 €
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 €	96 € les 3 premiers mois 186 € les mois suivants	367,90 € les 3 premiers mois 297,90 € les mois suivants
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 €	96,75 € les 3 premiers mois 241,88 € les mois suivants	429,75 € les 3 premiers mois 284,63 € les mois suivants
<b>Optique</b>					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0 €
Ex : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
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 €	150 € les 3 premiers mois 200 € les mois suivants	188,91 € les 3 premiers mois 138,91 € les mois suivants
Ex : verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	250 € les 3 premiers mois 300 € les mois suivants	350,91 € les 3 premiers mois 300,91 € les mois suivants
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)	150 € les 3 premiers mois 200 € les mois suivants	Forfait par an
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	200 € les 3 premiers mois 300 € les mois suivants	Forfait par œil et par an

**Aides auditives**

Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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 €	360 € les 3 premiers mois 510 € les mois suivants	934 € les 3 premiers mois 784 € les mois suivants

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 « responsables » quand ils respectent 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** 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](http://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 - formule 5 - régime général

Exemples de remboursement<sup>(1)</sup> au 01/01/2023

Contrat d'assurance santé responsable <sup>(2)</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Vitamin 3 Formule 5	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
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	90 € en médecine, chirurgie et maternité (50 € durant les 3 premiers mois d'adhésion) 50 € en rééducation fonctionnelle, maison de repos et de convalescence, soins de suite et de réadaptation (30 € durant les 3 premiers mois d'adhésion)	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.					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
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 €	141,30 €	0 €
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 € les 3 premiers mois 179,30 € les mois suivants	43,45 € les 3 premiers mois 0 € les mois suivants
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.					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
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 €
<b>Soins courants</b>					
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 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	9,60 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	23,00 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	29,90 €	9,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	58 €	23 €	15,10 €	29,90 €	13,00 €
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 €	10,99 €	0 €
<b>Dentaire</b>					
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, carines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
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 €	13,02 €	0 €
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 €	96 € les 3 premiers mois 276 € les mois suivants	367,90 € les 3 premiers mois 187,90 € les mois suivants
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 €	96,75 € les 3 premiers mois 387 € les mois suivants	429,75 € les 3 premiers mois 139,50 € les mois suivants
<b>Optique</b>					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0 €
Ex : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
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 €	150 € les 3 premiers mois 300 € les mois suivants	188,91 € les 3 premiers mois 38,91 € les mois suivants
Ex : verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	250 € les 3 premiers mois 400 € les mois suivants	350,91 € les 3 premiers mois 200,91 € les mois suivants
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)	150 € les 3 premiers mois 250 € les mois suivants	Forfait par an
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	200 € les 3 premiers mois 400 € les mois suivants	Forfait par œil et par an

**Aides auditives**

Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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 €	360 € les 3 premiers mois 710 € les mois suivants	934 € les 3 premiers mois 584 € les mois suivants

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 « responsables » quand ils respectent 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** 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](http://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



