

HOSPITALISATION

Actes de chirurgie, frais de séjour ⁽¹⁾ & honoraires - hospitalisation médicale ou chirurgicale (établissements conventionnés)	▶ médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO*	100 %
	▶ médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO*	100 %
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
Cure thermale		100 %

SOINS COURANTS

Consultations, visites, honoraires médicaux médecins, spécialistes, professeurs actes de chirurgie & radiologie	▶ médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO*	100 %
	▶ médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO*	100 %
Auxiliaires médicaux - podologues, orthophonistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes		100 %
Actes de biologie, transports		100 %
Pharmacie - accessoires, pansements, petit appareillage - prise en charge par le RO		100 %
Prévention & dépistages ⁽²⁾ prise en charge des actes remboursés par le RO (visés par arrêté du 8/06/06)		100 %
Autres actes de prévention ⁽³⁾ prise en charge de 50 % de la dépense engagée	<i>forfait annuel par bénéficiaire</i>	100 €

OPTIQUE

 Équipement 100% Santé - sans reste à charge		Remboursement intégral
Monture + 2 verres simples ⁽⁴⁾		80 €
Monture + 2 verres complexes ⁽⁴⁾	100 % + <i>forfaits par bénéficiaire</i>	200 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ⁽⁴⁾		125 €
Lentilles prises en charge par le RO	100 % + <i>forfaits annuels par bénéficiaire non cumulables</i>	80 €
Lentilles non prises en charge par le RO		80 €
Intervention chirurgicale favorisant l'abandon de lunettes	<i>forfait annuel par bénéficiaire</i>	80 €

DENTAIRE

 Équipement 100% Santé - sans reste à charge		Remboursement intégral
Soins dentaires		100 %
Prothèses dentaires / orthodontie prises en charge par le RO		

AIDES AUDITIVES

 Équipement 100% Santé - sans reste à charge		Remboursement intégral

L'offre 100% Santé s'adresse à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé responsable

Apivia Mutuelle - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, membre de la Mutualité Française - SIREN : 775 709 710.
Siège social : 45-49 avenue Jean-Moulin - 17034 La Rochelle cedex 1.

Les taux exprimés s'appliquent au tarif de base de remboursement du régime d'obligation, à l'exclusion :

- Des participations forfaitaires, article L.322-2 §2 (1 € en 2019) et §3 du Code de la Sécurité Sociale (0,50 € par boîte de médicaments, 0,50 € par acte paramédical, 2 € par transport sanitaire),
- De la majoration de la participation mise à la charge des assurés, article R.322-1 du Code de la Sécurité Sociale, (en cas de dérapage de l'Ondam : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie).

L'ensemble des prestations (régime obligatoire (RO) + régime complémentaire (RC)) est limité aux frais réels.

RO = Régime Obligatoire

* L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins de secteur 2 et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

- 1) Remboursement sur présentation de l'avis de la somme à payer de l'hôpital ou de la clinique dûment acquitté lorsqu'il n'y a pas de prise en charge. Frais de télévision pris en charge dans la limite de la dépense engagée lors de toute hospitalisation supérieure à 5 jours ; jusqu'à 20 jours par séjour, sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.
- 2) Scellement des sillons sur les 1^{er} et 2^e molaires, détartrage 1 fois/an, bilan du langage oral/écrit avant 14 ans, dépistage de l'hépatite B, des troubles de l'audition chez les + 50 ans, ostéodensitométrie p/femmes + 50 ans, vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, haemophilus, pneumocoques), soit tout acte de prévention santé relatif au contrat responsable (cf. www.apivia.fr).
- 3) Vaccins contre la grippe, hépatite A, fièvre jaune, rage & antipaludéens (non remboursés par le RO) ; substituts nicotiques, médicaments de l'ostéoporose (non remboursés par le RO mais délivrés en pharmacie), autotensiomètre homologué (1 par contrat).
- 4) Le nombre d'équipement (2 verres + 1 monture jusqu'à 100 €) est limité à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où les forfaits s'appliquent pour les frais engagés par période d'un an. Sont considérés comme :
 - verres simples : les verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00.
 - verres complexes : les verres dont la sphère est supérieure à -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 ainsi que les verres multifocaux ou progressifs.