

L'OFFRE**100 %****SANTÉ**

DENTAIRE
OPTIQUE
AUDIOLOGIE



TABLEAUX DE GARANTIES

VITALITÉ TERRITORIAUX 3

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 montant à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins, à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge.

		C1
HOSPITALISATION		
Honoraires Médicaux et Chirurgicaux (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (DPTAM*)		100 %
Honoraires des chirurgiens (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (hors DPTAM*)		100 %
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
Chambre particulière (avec nuitée) : Chirurgie - Médecine - Maternité - Durée illimitée		-
Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation - Durée limitée à 60 jours par an		-
Frais d'accompagnant : limités à 30 jours par an		-
Frais de transport acceptés par le RO**		100 %
Confort à l'hôpital : dès la 1 ^{re} nuit d'hospitalisation (1) Limité à 20 jours par séjour (TV - Internet - Téléphone - Presse)		-
Forfait hospitalisation ambulatoire (2)		-
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 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...		
OPTIQUE⁽³⁾		
Équipement 100 % Santé ⁽⁴⁾ - Sans reste à charge		Remboursement intégral
Équipement 2 verres simples + monture		100 %
Équipement 2 verres complexes ou hypercomplexes + monture		100 %
Équipement mixte (monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe)		100 %
Dont monture (5)		100 %
Lentilles de correction remboursables ou non par le RO** - Par an		100 %
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le RO** - Par œil et par an		-
(17) Lentilles remboursées par le RO : après épuisement du forfait, le ticket modérateur continue d'être versé.		
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽⁴⁾ - Sans reste à charge		Remboursement intégral
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO**		100 %
Prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**		100 %
BONUS FIDÉLITÉ (+ 25 %)	Dès la 2 ^e année	125 %
	Dès la 3 ^e année	150 %
Orthodontie remboursée par le RO**		100 %
Frais dentaires non remboursés par le RO** : Prothèses - Implants et soins dentaires - Montant par acte		-
Nombre d'actes par an		-
Plafond dentaire (prothèses dentaires dont inlay-core remboursées par le RO**, orthodontie remboursée par le RO**, frais dentaires non remboursés par le RO**)		Aucun
AIDES AUDITIVES⁽⁷⁾		
Équipement 100 % Santé ⁽⁴⁾ - Sans reste à charge		Remboursement intégral
Appareils auditifs (8) - Par oreille		100 %
Entretien - Piles - Accessoires - Par an		100 %
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (DPTAM*)		100 %
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (hors DPTAM*)		100 %
Analyses - Examens de laboratoire		100 %
Honoraires paramédicaux : Orthophonistes - Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthoptistes		100 %
Médicaments et vaccins remboursés par le RO**		100 %
Matériel médical : Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires, tout appareillage, hors auditif et optique		100 %
Consultations de psychologue remboursées par le RO**		100 %

	C1
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION	
Médecines douces : Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture - Étiopathie - Homéopathie - Naturopathie - Podologie/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnose thérapeutique - (montant par séance)	-
Nombre de séances par an	-
Cures thermales prescrites remboursées par le RO** : Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement - Par 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) - Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué ANSM - Par an	100 € / an

AVANTAGES & SERVICES	
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)	✓
Éligibilité Madelin	✓
Éligibilité Packs optionnels	X

**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 ET HONORAIRES

Dépassements d'honoraires : Ville/Hôpital (DPTAM* uniquement)	+ 50 %
Chambre particulière (avec nuitée) :	+ 20 €
• 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) ⁽⁹⁾	
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 ET 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 ⁽¹⁰⁾ et équipement basse vision / malvoyance, par an	100 €
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	+ 100 %
Parodontologie et orthodontie non remboursées ⁽¹¹⁾	150 €
Remboursement audioprothèse classe 2 par oreille	+ 100 €

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION 1

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

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION 2

Cures thermales - Par an	+ 200 €
Forfait médecines douces ⁽¹³⁾	
Par séance	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication ⁽¹⁴⁾	
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 ⁽¹⁶⁾	
Par an	50 €

Vitalité Territoriaux 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, 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 une 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) Les séances ou les actes réalisés durant les trois premiers mois doivent être déduits du nombre maximum de séances et d'actes par an.

(7) À compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'un équipement appareil acoustique limité à un équipement par oreille tous les 4 ans. Le point de départ de la 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.

(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 (inscrite au répertoire VIDAL).

(15) Allocation naissance ou adoption : subordonnée à l'enregistrement de l'enfant au contrat et à 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.

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.

(17) Lentilles remboursées par le RO : après épuisement du forfait, le ticket modérateur continue d'être versé.

L'OFFRE**100 %****SANTÉ**

DENTAIRE
OPTIQUE
AUDIOLOGIE



TABLEAUX DE GARANTIES

VITALITÉ TERRITORIAUX 3

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 montant à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins, à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge.

		C2
HOSPITALISATION		
Honoraires Médicaux et Chirurgicaux (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (DPTAM*)		150 %
Honoraires des chirurgiens (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (hors DPTAM*)		125 %
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
Chambre particulière (avec nuitée) : Chirurgie - Médecine - Maternité - Durée illimitée		30 € / jour
Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation - Durée limitée à 60 jours par an		20 € / jour
Frais d'accompagnant : limités à 30 jours par an		15 € / jour
Frais de transport acceptés par le RO**		100 %
Confort à l'hôpital : dès la 1 ^{re} nuit d'hospitalisation (1) Limité à 20 jours par séjour (TV - Internet - Téléphone - Presse)		10 € / jour
Forfait hospitalisation ambulatoire (2)		15 € / 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 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...		
OPTIQUE⁽³⁾		
Équipement 100 % Santé(4) - Sans reste à charge		Remboursement intégral
Équipement 2 verres simples + monture		100 €
Équipement 2 verres complexes ou hypercomplexes + monture		200 €
Équipement mixte (monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe)		150 €
Dont monture (5)		30 €
Lentilles de correction remboursables ou non par le RO** - Par an		100 € ⁽¹⁷⁾
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le RO** - Par œil et par an		100 €
⁽¹⁷⁾ Lentilles remboursées par le RO : après épuisement du forfait, le ticket modérateur continue d'être versé.		
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100 % Santé(4) - Sans reste à charge		Remboursement intégral
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO**		100 %
Prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**		125 %
BONUS FIDÉLITÉ (+ 25 %)	Dès la 2 ^e année	150 %
	Dès la 3 ^e année	175 %
Orthodontie remboursée par le RO**		125 %
Frais dentaires non remboursés par le RO** : Prothèses - Implants et soins dentaires - Montant par acte		-
Nombre d'actes par an		-
Plafond dentaire (prothèses dentaires dont inlay-core remboursées par le RO**, orthodontie remboursée par le RO**, frais dentaires non remboursés par le RO**)		Aucun
AIDES AUDITIVES⁽⁷⁾		
Équipement 100 % Santé(4) - Sans reste à charge		Remboursement intégral
Appareils auditifs (8) - Par oreille		100 % + 150 €
Entretien - Piles - Accessoires - Par an		100 %
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (DPTAM*)		125 %
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (hors DPTAM*)		100 %
Analyses - Examens de laboratoire		100 %
Honoraires paramédicaux : Orthophonistes - Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthoptistes		100 %
Médicaments et vaccins remboursés par le RO**		100 %
Matériel médical : Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires, tout appareillage, hors auditif et optique		125 %
Consultations de psychologue remboursées par le RO**		100 %

C2	
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION	
Médecines douces : Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture - Étiopathie - Homéopathie - Naturopathie - Podologie/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnose thérapeutique - (montant par séance)	20 € / séance
Nombre de séances par an	2 séances
Cures thermales prescrites remboursées par le RO** : Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement - Par an	100 %
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) - Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué ANSM - Par an	100 € / an

AVANTAGES & SERVICES	
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)	✓
Éligibilité Madelin	✓
Éligibilité Packs optionnels	✓

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 ET HONORAIRES

Dépassements d'honoraires : Ville/Hôpital (DPTAM* uniquement)	+ 50 %
Chambre particulière (avec nuitée) :	+ 20 €
• 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) ⁽⁹⁾	
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 ET 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 ⁽¹⁰⁾ et équipement basse vision / malvoyance, par an	100 €
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	+ 100 %
Parodontologie et orthodontie non remboursées ⁽¹¹⁾	150 €
Remboursement audioprothèse classe 2 par oreille	+ 100 €

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION 1

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

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION 2

Cures thermales - Par an	+ 200 €
Forfait médecines douces ⁽¹³⁾	
Par séance	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication ⁽¹⁴⁾	
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 ⁽¹⁶⁾	
Par an	50 €

Vitalité Territoriaux 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, 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 une 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) Les séances ou les actes réalisés durant les trois premiers mois doivent être déduits du nombre maximum de séances et d'actes par an.

(7) À compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'un équipement appareil acoustique limité à un équipement par oreille tous les 4 ans. Le point de départ de la 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.

(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 (inscrite au répertoire VIDAL).

(15) Allocation naissance ou adoption : subordonnée à l'enregistrement de l'enfant au contrat et à 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.

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.

(17) Lentilles remboursées par le RO : après épuisement du forfait, le ticket modérateur continue d'être versé.

L'OFFRE**100 %****SANTÉ****DENTAIRE
OPTIQUE
AUDIOLOGIE****TABLEAUX DE GARANTIES****VITALITÉ TERRITORIAUX 3**

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 montant à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins, à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge.

C3	
HOSPITALISATION	
Honoraires Médicaux et Chirurgicaux (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (DPTAM*)	200 %
Honoraires des chirurgiens (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (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
Chambre particulière (avec nuitée) : Chirurgie - Médecine - Maternité - Durée illimitée	50 € / jour
Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation - Durée limitée à 60 jours par an	30 € / jour
Frais d'accompagnant : limités à 30 jours par an	15 € / jour
Frais de transport acceptés par le RO**	100 %
Confort à l'hôpital : dès la 1 ^{re} nuit d'hospitalisation (1) Limité à 20 jours par séjour (TV - Internet - Téléphone - Presse)	10 € / jour
Forfait hospitalisation ambulatoire (2)	15 € / 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 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...

OPTIQUE (3)	
Équipement 100 % Santé(4) - Sans reste à charge	Remboursement intégral
Équipement 2 verres simples + monture	150 €
Équipement 2 verres complexes ou hypercomplexes + monture	250 €
Équipement mixte (monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe)	200 €
Dont monture (5)	50 €
Lentilles de correction remboursables ou non par le RO** - Par an	150 € ⁽¹⁷⁾
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le RO** - Par œil et par an	200 €

(17) Lentilles remboursées par le RO : après épuisement du forfait, le ticket modérateur continue d'être versé.

DENTAIRE		
Soins et prothèses 100 % Santé(4) - Sans reste à charge	Remboursement intégral	
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO**	100 %	
Prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**	150 %	
BONUS FIDÉLITÉ (+ 25 %)	Dès la 2 ^e année	175 %
	Dès la 3 ^e année	200 %
Orthodontie remboursée par le RO**	150 %	
Frais dentaires non remboursés par le RO** : Prothèses - Implants et soins dentaires - Montant par acte	200 €	
Nombre d'actes par an	3 actes	
Plafond dentaire (prothèses dentaires dont inlay-core remboursées par le RO**, orthodontie remboursée par le RO**, frais dentaires non remboursés par le RO**)	1 ^{re} année	750 €
	2 ^e année	1200 €
	3 ^e et suivantes	1500 €

AIDES AUDITIVES (7)	
Équipement 100 % Santé(4) - Sans reste à charge	Remboursement intégral
Appareils auditifs (8) - Par oreille	100 % + 200 €
Entretien - Piles - Accessoires - Par an	100 % + 30 €

SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (DPTAM*)	150 %
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (hors DPTAM*)	125 %
Analyses - Examens de laboratoire	130 %
Honoraires paramédicaux : Orthophonistes - Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthoptistes	130 %
Médicaments et vaccins remboursés par le RO**	100 %
Matériel médical : Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires, tout appareillage, hors auditif et optique	150 %
Consultations de psychologue remboursées par le RO**	100 %

	C3
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION	
Médecines douces : Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture - Étiopathie - Homéopathie - Naturopathie - Podologie/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnose thérapeutique - (montant par séance)	25 € / séance
Nombre de séances par an	3 séances
Cures thermales prescrites remboursées par le RO** : Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement - Par an	100 % + 50 € / 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) - Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué ANSM - Par an	100 € / an

AVANTAGES & SERVICES	
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)	✓
Éligibilité Madelin	✓
Éligibilité Packs optionnels	✓

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 ET HONORAIRES

Dépassements d'honoraires : Ville/Hôpital (DPTAM* uniquement)	+ 50 %
Chambre particulière (avec nuitée) :	+ 20 €
• 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) ⁽⁹⁾	
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 ET 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 ⁽¹⁰⁾ et équipement basse vision / malvoyance, par an	100 €
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	+ 100 %
Parodontologie et orthodontie non remboursées ⁽¹¹⁾	150 €
Remboursement audioprothèse classe 2 par oreille	+ 100 €

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION 1

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

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION 2

Cures thermales - Par an	+ 200 €
Forfait médecines douces ⁽¹³⁾	
Par séance	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication ⁽¹⁴⁾	
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 ⁽¹⁶⁾	
Par an	50 €

Vitalité Territoriaux 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, 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 une 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) Les séances ou les actes réalisés durant les trois premiers mois doivent être déduits du nombre maximum de séances et d'actes par an.

(7) À compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'un équipement appareil acoustique limité à un équipement par oreille tous les 4 ans. Le point de départ de la 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.

(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 (inscrite au répertoire VIDAL).

(15) Allocation naissance ou adoption : subordonnée à l'enregistrement de l'enfant au contrat et à 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.

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.

(17) Lentilles remboursées par le RO : après épuisement du forfait, le ticket modérateur continue d'être versé.

L'OFFRE
100 %
SANTÉ

DENTAIRE
OPTIQUE
AUDIOLOGIE



TABLEAUX DE GARANTIES

VITALITÉ TERRITORIAUX 3

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 montant à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins, à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge.

	C4	
	3 premiers mois	Mois suivants
HOSPITALISATION		
Honoraires Médicaux et Chirurgicaux (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (DPTAM*)	200 %	250 %
Honoraires des chirurgiens (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (hors DPTAM*)	150 %	175 %
Frais de séjour en établissement conventionné (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 %	100 %
Forfait journalier Hospitalier	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences	Remboursement intégral	
Chambre particulière (avec nuitée) : Chirurgie - Médecine - Maternité - Durée illimitée	50 € / jour	70 € / jour
Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation - Durée limitée à 60 jours par an	30 € / jour	40 € / jour
Frais d'accompagnant : limités à 30 jours par an	15 € / jour	20 € / jour
Frais de transport acceptés par le RO**	100 %	100 %
Confort à l'hôpital : dès la 1 ^{re} nuit d'hospitalisation (1) Limité à 20 jours par séjour (TV - Internet - Téléphone - Presse)	10 € / jour	10 € / jour
Forfait hospitalisation ambulatoire (2)	15 € / jour	20 € / jour
Frais de soins et de séjour à l'étranger	110 %	110 %

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...

OPTIQUE⁽³⁾		
Équipement 100 % Santé(4) - Sans reste à charge	Remboursement intégral	
Équipement 2 verres simples + monture	150 €	200 €
Équipement 2 verres complexes ou hypercomplexes + monture	250 €	300 €
Équipement mixte (monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe)	200 €	250 €
Dont monture (5)	50 €	100 €
Lentilles de correction remboursables ou non par le RO** - Par an	150 € ⁽¹⁷⁾	200 € ⁽¹⁷⁾
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le RO** - Par œil et par an	200 €	300 €

(17) Lentilles remboursées par le RO : après épuisement du forfait, le ticket modérateur continue d'être versé.

DENTAIRE		
Soins et prothèses 100 % Santé(4) - Sans reste à charge		
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO**	100 %	125 %
Prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**	150 %	225 %
BONUS FIDÉLITÉ (+ 25 %)	Dès la 2 ^e année	175 % / 250 %
	Dès la 3 ^e année	200 % / 275 %
Orthodontie remboursée par le RO**	150 %	225 %
Frais dentaires non remboursés par le RO** : Prothèses - Implants et soins dentaires - Montant par acte	200 €	300 €
Nombre d'actes par an	3 actes (6)	3 actes (6)
Plafond dentaire (prothèses dentaires dont inlay-core remboursées par le RO**, orthodontie remboursée par le RO**, frais dentaires non remboursés par le RO**)	1 ^{re} année	750 € / 1000 €
	2 ^e année	1200 €
	3 ^e et suivantes	1500 €

AIDES AUDITIVES⁽⁷⁾		
Équipement 100 % Santé(4) - Sans reste à charge	Remboursement intégral	
Appareils auditifs (8) - Par oreille	100 % + 200 €	100 % + 350 €
Entretien - Piles - Accessoires - Par an	100 % + 30 €	100 % + 40 €

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (DPTAM*)	175 %	175 %
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (hors DPTAM*)	150 %	150 %
Analyses - Examens de laboratoire	175 %	175 %
Honoraires paramédicaux : Orthophonistes - Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthoptistes	175 %	175 %
Médicaments et vaccins remboursés par le RO**	100 %	100 %
Matériel médical : Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires, tout appareillage, hors auditif et optique	175 %	175 %
Consultations de psychologue remboursées par le RO**	100 %	100 %

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION		
Médecines douces : Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture - Étiopathie - Homéopathie - Naturopathie - Podologie/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnose thérapeutique - (montant par séance)	25 € / séance	30 € / séance
Nombre de séances par an	3 séances (6)	4 séances (6)
Cures thermales prescrites remboursées par le RO** : Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement - Par an	100 % + 50 € / an	100 % + 100 € / 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) - Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué ANSM - Par an	100 € / an	100 € / an

AVANTAGES & SERVICES		
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)	✓	✓
Éligibilité Madelin	✓	✓
Éligibilité Packs optionnels	✓	✓

**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 ET HONORAIRES

Dépassements d'honoraires : Ville/Hôpital (DPTAM* uniquement)	+ 50 %
Chambre particulière (avec nuitée) :	+ 20 %
• 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) ⁽⁹⁾	
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 ET 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 ⁽¹⁰⁾ et équipement basse vision / malvoyance, par an	100 €
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	+ 100 %
Parodontologie et orthodontie non remboursées ⁽¹¹⁾	150 €
Remboursement audioprothèse classe 2 par oreille	+ 100 €

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION 1

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

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION 2

Cures thermales - Par an	+ 200 €
Forfait médecines douces ⁽¹³⁾	
Par séance	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication ⁽¹⁴⁾	
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 ⁽¹⁶⁾	
Par an	50 €

Vitalité Territoriaux 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, 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 une 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) Les séances ou les actes réalisés durant les trois premiers mois doivent être déduits du nombre maximum de séances et d'actes par an.

(7) À compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'un équipement appareil acoustique limité à un équipement par oreille tous les 4 ans. Le point de départ de la 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.

(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 (inscrite au répertoire VIDAL).

(15) Allocation naissance ou adoption : subordonnée à l'enregistrement de l'enfant au contrat et à 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.

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.

(17) Lentilles remboursées par le RO : après épuisement du forfait, le ticket modérateur continue d'être versé.

L'OFFRE
100 %
SANTÉ

DENTAIRE
OPTIQUE
AUDIOLOGIE



TABLEAUX DE GARANTIES

VITALITÉ TERRITORIAUX 3

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 montant à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins, à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge.

	C5	
	3 premiers mois	Mois suivants
HOSPITALISATION		
Honoraires Médicaux et Chirurgicaux (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (DPTAM*)	200 %	300 %
Honoraires des chirurgiens (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (hors DPTAM*)	150 %	200 %
Frais de séjour en établissement conventionné (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 %	100 %
Forfait journalier Hospitalier	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences	Remboursement intégral	
Chambre particulière (avec nuitée) : Chirurgie - Médecine - Maternité - Durée illimitée	50 € / jour	90 € / jour
Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation - Durée limitée à 60 jours par an	30 € / jour	50 € / jour
Frais d'accompagnant : limités à 30 jours par an	15 € / jour	30 € / jour
Frais de transport acceptés par le RO**	100 %	100 %
Confort à l'hôpital : dès la 1 ^{re} nuit d'hospitalisation (1) Limité à 20 jours par séjour (TV - Internet - Téléphone - Presse)	10 € / jour	10 € / jour
Forfait hospitalisation ambulatoire (2)	15 € / jour	30 € / jour
Frais de soins et de séjour à l'étranger	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...

OPTIQUE⁽³⁾		
Équipement 100 % Santé(4) - Sans reste à charge	Remboursement intégral	
Équipement 2 verres simples + monture	150 €	300 €
Équipement 2 verres complexes ou hypercomplexes + monture	250 €	400 €
Équipement mixte (monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe)	200 €	350 €
Dont monture (5)	50 €	100 €
Lentilles de correction remboursables ou non par le RO** - Par an	150 € ⁽¹⁷⁾	250 € ⁽¹⁷⁾
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le RO** - Par œil et par an	200 €	400 €

(17) Lentilles remboursées par le RO : après épuisement du forfait, le ticket modérateur continue d'être versé.

DENTAIRE		
Soins et prothèses 100 % Santé(4) - Sans reste à charge	Remboursement intégral	
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO**	100 %	150 %
Prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**	150 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ (+ 25 %)	Dès la 2 ^e année	175 % / 325 %
	Dès la 3 ^e année	200 % / 350 %
Orthodontie remboursée par le RO**	150 %	300 %
Frais dentaires non remboursés par le RO** : Prothèses - Implants et soins dentaires - Montant par acte	200 €	400 €
Nombre d'actes par an	3 actes (6)	3 actes (6)
Plafond dentaire (prothèses dentaires dont inlay-core remboursées par le RO**, orthodontie remboursée par le RO**, frais dentaires non remboursés par le RO**)	1 ^{re} année	750 € / 1000 €
	2 ^e année	1200 €
	3 ^e et suivantes	1500 €

AIDES AUDITIVES⁽⁷⁾		
Équipement 100 % Santé(4) - Sans reste à charge	Remboursement intégral	
Appareils auditifs (8) - Par oreille	100 % + 200 €	100 % + 550 €
Entretien - Piles - Accessoires - Par an	100 % + 30 €	100 % + 50 €

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (DPTAM*)	250 %	250 %
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (hors DPTAM*)	200 %	200 %
Analyses - Examens de laboratoire	220 %	220 %
Honoraires paramédicaux : Orthophonistes - Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthoptistes	220 %	220 %
Médicaments et vaccins remboursés par le RO**	100 %	100 %
Matériel médical : Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires, tout appareillage, hors auditif et optique	200 %	200 %
Consultations de psychologue remboursées par le RO**	100 %	100 %

	C5	
	3 premiers mois	Mois suivants
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION		
Médecines douces : Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture - Étiopathie - Homéopathie - Naturopathie - Podologie/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnose thérapeutique - (montant par séance)	25 € / séance	35 € / séance
Nombre de séances par an	3 séances (6)	5 séances (6)
Cures thermales prescrites remboursées par le RO** : Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement - Par 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) - Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué ANSM - Par an	100 € / an	150 € / an

AVANTAGES & SERVICES		
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	✓	✓

**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 ET HONORAIRES

Dépassements d'honoraires : Ville/Hôpital (DPTAM* uniquement)	+ 50 %
Chambre particulière (avec nuitée) :	+ 20 %
• 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) ⁽⁹⁾	
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 ET 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 ⁽¹⁰⁾ et équipement basse vision / malvoyance, par an	100 €
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	+ 100 %
Parodontologie et orthodontie non remboursées ⁽¹¹⁾	150 €
Remboursement audioprothèse classe 2 par oreille	+ 100 €

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION 1

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

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION 2

Cures thermales - Par an	+ 200 €
Forfait médecines douces ⁽¹³⁾	
Par séance	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication ⁽¹⁴⁾	
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 ⁽¹⁶⁾	
Par an	50 €

Vitalité Territoriaux 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, 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 une 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) Les séances ou les actes réalisés durant les trois premiers mois doivent être déduits du nombre maximum de séances et d'actes par an.

(7) À compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'un équipement appareil acoustique limité à un équipement par oreille tous les 4 ans. Le point de départ de la 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.

(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 (inscrite au répertoire VIDAL).

(15) Allocation naissance ou adoption : subordonnée à l'enregistrement de l'enfant au contrat et à 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.

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.

(17) Lentilles remboursées par le RO : après épuisement du forfait, le ticket modérateur continue d'être versé.