

EXEMPLES STANDARDISÉS DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2026

GARANTIE :

EQUIVIA 1



TARIF LE PLUS SOUVENT
FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ

BASE DE REMBOURSEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)¹

REMBOURSEMENT
ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE (AMO)

REMBOURSEMENT
VIASANTÉ MUTUELLE

RESTE À CHARGE

HOSPITALISATION

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

**FORFAIT JOURNALIER
HOSPITALIER (hébergement)**

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

0 €

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

**CHAMBRE PARTICULIÈRE
(sur demande du patient)**

Non connu (NC)

Non
remboursé

Non
remboursé

Non remboursé

NC

SÉJOURS AVEC ACTES LOURDS³ :
EXEMPLE D'UNE OPÉRATION CHIRURGICALE DE LA CATARACTE, EN SECTEUR PRIVÉ

FRAIS DE SÉJOUR	Différent selon public / privé	BR	BR - 24 €* ⁴	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 443 €	271,70 €	271,70 €	0 €	171,30 €
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 486 €	271,70 €	271,70 €	0 €	214,30 €

SÉJOURS SANS ACTES LOURDS³ :
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	Tarif moyen de 3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €



SOINS COURANTS

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS	30 €	30 €	19 €	9 €	2 €
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	40 €	40 €	26 €	12 €	2 €



VIASANTÉ Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.
AGI - 20250915

VIASANTÉ
mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

TARIF LE PLUS SOUVENT FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ						BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)	REBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)	REBOURSEMENT VIASANTE MUTUELLE	RESTE À CHARGE
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat				
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	50 €	35 €	24,50 €	10,50 €	15 €				
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	53 €	40 €	26 €	12 €	15 €				
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat				
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 16 ANS	62 €	23 €	16,10 €	6,90 €	39 €				
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	66 €	23 €	14,10 €	6,90 €	45 €				
MATÉRIEL MÉDICAL	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat				
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €				



DENTAIRE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	Selon contrat
POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR INCISIVES, CANINES ET PREMIÈRES PRÉMOLAIRES	515 €	120 €	72 €	0 €	443 €
SOINS (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
DÉTARTRAGE	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
PROTHÈSES (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRE	561,99 €	120 €	72 €	0 €	489,99 €
ORTHODONTIE (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0 €	520,60 €



OPTIQUE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ		Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	42,50 €	12,75 €	7,65 €	13,80 € l'équipement global (2 verres + monture)	80,50 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	90 €	27 €	16,20 €	25,20 € l'équipement global (2 verres + monture)	147 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)		Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires ⁵	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	112 €	0,05 €	0,03 €	0,06 € l'équipement global (2 verres + monture)	371,85 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	246 €	0,05 €	0,03 €	0,06 € l'équipement global (2 verres + monture)	639,85 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		

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)	0 €	NC

CHIRURGIE RÉFRACTIVE	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE	NC	Non remboursé	Non remboursé	0 €	NC



AIDES AUDITIVES

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	Selon contrat
PAR OREILLE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 20 ANS	950 €	400 €	240 €	0 €	710 €

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
PAR OREILLE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 20 ANS	1 515 €	400 €	240 €	0 €	1275 €

1 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.

2 Cette garantie ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Responsables ».

3 L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

4 Prix limite de vente.

5 Le forfait est exprimé pour la prise en charge d'un équipement complet verres + monture. Le forfait peut être utilisé en totalité ou en partie pour l'achat de l'équipement complet, pour l'achat seul de la monture ou pour l'achat d'un ou des deux verres. Le délai de renouvellement s'entend par période de 2 ans à compter de l'achat de l'équipement complet et à partir de la date d'achat de chaque verre ou monture achetée de manière distincte.

* Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

Les exemples de remboursements ci-dessus sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

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 édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

EXEMPLES STANDARDISÉS DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2026

GARANTIE :

EQUIVIA 2



HOSPITALISATION

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

**FORFAIT JOURNALIER
HOSPITALIER (hébergement)**

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0€

0€

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0€

**CHAMBRE PARTICULIÈRE
(sur demande du patient)**

Non connu (NC)

Non
remboursé

Non
remboursé

Non remboursé

NC

SÉJOURS AVEC ACTES LOURDS³ :
EXEMPLE D'UNE OPÉRATION CHIRURGICALE DE LA CATARACTE, EN SECTEUR PRIVÉ

FRAIS DE SÉJOUR	Différent selon public / privé	BR	BR - 24 €* ²	24 €	0€
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0€
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 443€	271,70 €	271,70 €	0 €	171,30 €
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 486 €	271,70 €	271,70 €	0 €	214,30 €

SÉJOURS SANS ACTES LOURDS³ :
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	Tarif moyen de 3 754€	3 754€	3 003,20 €	750,80 €	0€



SOINS COURANTS

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2€	30 % BR	2€ de participation forfaitaire
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS	30 €	30 €	19 €	9 €	2 €
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	40€	40€	26 €	12 €	2 €



VIASANTÉ Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.
AGI - 20250915

VIASANTÉ
mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

	TARIF LE PLUS SOUVENT FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ		BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR) ¹	REMBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)	REMBOURSEMENT VIASANTE MUTUELLE	RESTE À CHARGE
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2€	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2€ d e participation forfaitaire plus dépas- sement selon contrat	
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	50 €	35 €	24,50 €	10,50 €	15 €	
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	53 €	40€	26 €	12 €	15 €	
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2€	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembour- sement des dépassements plafonné à 100% BR)	2€ d e participation for- faitaire, plus dépas- sement selon contrat	
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 16 ANS	62 €	23 €	16,10 €	6,90 €	39 €	
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	66 €	23 €	14,10 €	6,90 €	45 €	
MATÉRIEL MÉDICAL	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €	



DENTAIRE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	Selon contrat
POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR INCISIVES, CANINES ET PREMIÈRES PRÉMOLAIRES	515 €	120 €	72 €	48 €	395 €
SOINS (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
DÉTARTRAGE	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
PROTHÈSES (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES	561,99 €	120 €	72 €	48 €	441,99 €
ORTHODONTIE (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0 €	520,60 €



OPTIQUE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ		Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	42,50 €	12,75 €	7,65 €	13,80 € l'équipement global (2 verres + monture)	80,50 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9€	5,40 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	90 €	27 €	16,20 €	25,20 € l'équipement global (2 verres + monture)	147 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9€	5,40 €		

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)		Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires ⁵	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	112 €	0,05 €	0,03 €	0,06 € l'équipement global (2 verres + monture)	371,85 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	246 €	0,05 €	0,03 €	0,06 € l'équipement global (2 verres + monture)	639,85 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		

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)	0 €	NC

CHIRURGIE RÉFRACTIVE	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE	NC	Non remboursé	Non remboursé	0 €	NC



AIDES AUDITIVES

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	Selon contrat
PAR OREILLE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 20 ANS	950 €	400€	240 €	160 €	550 €

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
PAR OREILLE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 20 ANS	1 515 €	400€	240 €	160 €	1115 €

- 1 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.
- 2 Cette garantie ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Responsables ».
- 3 L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
- 4 Prix limite de vente.
- 5 Le forfait est exprimé pour la prise en charge d'un équipement complet verres + monture. Le forfait peut être utilisé en totalité ou en partie pour l'achat de l'équipement complet, pour l'achat seul de la monture ou pour l'achat d'un ou des deux verres. Le délai de renouvellement s'entend par période de 2 ans à compter de l'achat de l'équipement complet et à partir de la date d'achat de chaque verre ou monture acheté de manière distincte.
- * Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

Les exemples de remboursements ci-dessus sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

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/>)



VIASANTÉ Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.
AGI - 20250915

VIASANTÉ
mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

EXEMPLES STANDARDISÉS DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2026

GARANTIE :

EQUIVIA 3



TARIF LE PLUS SOUVENT
FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ

BASE DE REMBOURSEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)¹

REMBOURSEMENT
ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE (AMO)

REMBOURSEMENT
VIASANTÉ MUTUELLE

RESTE À CHARGE

HOSPITALISATION

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

**FORFAIT JOURNALIER
HOSPITALIER (hébergement)**

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

0 €

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

**CHAMBRE PARTICULIÈRE
(sur demande du patient)**

Non connu (NC)

Non
remboursé

Non
remboursé

40 €

NC

SÉJOURS AVEC ACTES LOURDS³ :
EXEMPLE D'UNE OPÉRATION CHIRURGICALE DE LA CATARACTE, EN SECTEUR PRIVÉ

FRAIS DE SÉJOUR	Différent selon public / privé	BR	BR - 24 €* ⁴	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 443 €	271,70 €	271,70 €	54,34 €	116,96 €
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 486 €	271,70 €	271,70 €	54,34 €	159,96 €

SÉJOURS SANS ACTES LOURDS³ :
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	Tarif moyen de 3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €



SOINS COURANTS

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS	30 €	30 €	19 €	9 €	2 €
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	40 €	40 €	26 €	12 €	2 €



VIASANTÉ Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.
AGI - 20250915

VIASANTÉ
mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

TARIF LE PLUS SOUVENT FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ						BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)		REBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)		REBOURSEMENT VIASANTE MUTUELLE		RESTE À CHARGE	
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO		Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat							
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS		50 €	35 €	24,50 €	17,50 €	8 €							
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)		53 €	40 €	26 €	19 €	8 €							
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)		Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat							
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 16 ANS		62 €	23 €	16,10 €	11,50 €	34,40 €							
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)		66 €	23 €	14,10 €	11,50 €	40,40 €							
MATÉRIEL MÉDICAL		Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat							
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES		26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €							



DENTAIRE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	Selon contrat
POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR INCISIVES, CANINES ET PREMIÈRES PRÉMOLAIRES	515 €	120 €	72 €	148 €	295 €
SOINS (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
DÉTARTRAGE	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
PROTHÈSES (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES	561,99 €	120 €	72 €	148 €	341,99 €
ORTHODONTIE (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	150 €	370,60 €



OPTIQUE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ		Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	42,50 €	12,75 €	7,65 €	94,30 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	90 €	27 €	16,20 €	172,20 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)		Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires ⁵	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	112 €	0,05 €	0,03 €	115 € l'équipement global (2 verres + monture)	256,91 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	246 €	0,05 €	0,03 €	210 € l'équipement global (2 verres + monture)	429,91 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		

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)	0 €	NC

CHIRURGIE RÉFRACTIVE	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE	NC	Non remboursé	Non remboursé	0 €	NC



AIDES AUDITIVES

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	Selon contrat
PAR OREILLE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 20 ANS	950 €	400 €	240 €	300 €	410 €

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
PAR OREILLE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 20 ANS	1 515 €	400 €	240 €	300 €	975 €

- 1 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.
- 2 Cette garantie ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Responsables ».
- 3 L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
- 4 Prix limite de vente.
- 5 Le forfait est exprimé pour la prise en charge d'un équipement complet verres + monture. Le forfait peut être utilisé en totalité ou en partie pour l'achat de l'équipement complet, pour l'achat seul de la monture ou pour l'achat d'un ou des deux verres. Le délai de renouvellement s'entend par période de 2 ans à compter de l'achat de l'équipement complet et à partir de la date d'achat de chaque verre ou monture achetée de manière distincte.
- * Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

Les exemples de remboursements ci-dessus sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

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/>)



EXEMPLES STANDARDISÉS DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2026

GARANTIE :

EQUIVIA 4



TARIF LE PLUS SOUVENT
FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ

BASE DE REMBOURSEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)¹

REMBOURSEMENT
ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE (AMO)

REMBOURSEMENT
VIASANTÉ MUTUELLE

RESTE À CHARGE

HOSPITALISATION

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

**FORFAIT JOURNALIER
HOSPITALIER (hébergement)**

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

0 €

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

**CHAMBRE PARTICULIÈRE
(sur demande du patient)**

Non connu (NC)

Non
remboursé

Non
remboursé

50 €

NC

SÉJOURS AVEC ACTES LOURDS³ :
EXEMPLE D'UNE OPÉRATION CHIRURGICALE DE LA CATARACTE, EN SECTEUR PRIVÉ

FRAIS DE SÉJOUR	Différent selon public / privé	BR	BR - 24 €* ⁴	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 443 €	271,70 €	271,70 €	108,68 €	62,62 €
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 486 €	271,70 €	271,70 €	108,68 €	105,62 €

SÉJOURS SANS ACTES LOURDS³ :
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	Tarif moyen de 3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €



SOINS COURANTS

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS	30 €	30 €	19 €	9 €	2 €
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	40 €	40 €	26 €	12 €	2 €



VIASANTÉ Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.
AGI - 20250915

VIASANTÉ
mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

TARIF LE PLUS SOUVENT FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ						BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)		REBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)		REBOURSEMENT VIASANTE MUTUELLE		RESTE À CHARGE	
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO		Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat							
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS		50 €	35 €	24,50 €	24,50 €	1 €							
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)		53 €	40 €	26 €	25 €	2 €							
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)		Honoraires libres	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat							
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 16 ANS		62 €	23 €	16,10 €	16,10 €	29,80 €							
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)		66 €	23 €	14,10 €	16,10 €	35,80 €							
MATÉRIEL MÉDICAL		Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat							
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES		26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €							



DENTAIRE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	Selon contrat
POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR INCISIVES, CANINES ET PREMIÈRES PRÉMOLAIRES	515 €	120 €	72 €	248 €	267 €
SOINS (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
DÉTARTRAGE	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
PROTHÈSES (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES	561,99 €	120 €	72 €	248 €	241,99 €
ORTHODONTIE (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	250 €	270,60 €



OPTIQUE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ		Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	42,50 €	12,75 €	7,65 €	94,30 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	90 €	27 €	16,20 €	172,20 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)		Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires ⁵	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	112 €	0,05 €	0,03 €	200 € l'équipement global (2 verres + monture)	171,91 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	246 €	0,05 €	0,03 €	300 € l'équipement global (2 verres + monture)	339,91 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		

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)	40 €	NC

CHIRURGIE RÉFRACTIVE	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE	NC	Non remboursé	Non remboursé	0 €	NC



AIDES AUDITIVES

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ NON RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	Selon contrat
PAR OREILLE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 20 ANS	950 €	400 €	240 €	400 €	310 €

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
PAR OREILLE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 20 ANS	1 515 €	400 €	240 €	400 €	875 €

- 1 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.
- 2 Cette garantie ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Responsables ».
- 3 L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
- 4 Prix limite de vente.
- 5 Le forfait est exprimé pour la prise en charge d'un équipement complet verres + monture. Le forfait peut être utilisé en totalité ou en partie pour l'achat de l'équipement complet, pour l'achat seul de la monture ou pour l'achat d'un ou des deux verres. Le délai de renouvellement s'entend par période de 2 ans à compter de l'achat de l'équipement complet et à partir de la date d'achat de chaque verre ou monture achetée de manière distincte.
- * Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

Les exemples de remboursements ci-dessus sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

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/>)

