

TABLEAU DE GARANTIES

Garanties en vigueur au 1^{er} avril 2019

Régime général

Soins médicaux et paramédicaux

	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
Consultations, visites : généralistes et spécialistes	120 %	150 %	370 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	130 %	200 %
- Autres praticiens	-	120 €/an	140 €/an
Consultations psychologues ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %
Actes de sages-femmes	100 %	100 %	360 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	100 %	100 %	100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %	100 %	100 %

⁽¹⁾ Prise en charge limitée : Option 1 à 120 € par année civile et par bénéficiaire - Option 2 à 140 € par année civile et par bénéficiaire (Plafond commun)

Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)

Médicaments à SMR important	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR modéré	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR faible	100 %	100 %	100 %

Analyses et examens

Actes techniques médicaux et d'échographie	120 %	150 %	370 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	130 %	200 %
- Autres praticiens	100 %	100 %	370 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	100 %	100 %	200 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	100 %
- Autres praticiens	100 %	100 %	100 %
Examens de laboratoires	Oui	Oui	Oui
Actes non remboursés par le régime obligatoire ⁽²⁾	Oui	Oui	Oui

⁽²⁾ Selon liste sur simple demande à la mutuelle.

Appareillages et accessoires médicaux

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	125 %	125 %	360 %
Prothèses auditives	125 %	125 %	360 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives ⁽³⁾	400 €/appareil	400 €/appareil	400 €/appareil
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %	125 %	360 %

⁽³⁾ Deux forfaits par année civile et par bénéficiaire

Cures thermales

Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	100 %	100 %	100 %
--	-------	-------	-------

Hospitalisation

Frais de séjour	210 %	500 %	500 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	330 %	480 %	Frais réels
- Autres praticiens	200 %	200 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	50 €/Nuit	50 €/Nuit	120 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁷⁾	50 €/Jour	50 €/Jour	50 €/Jour
Frais d'accompagnant	15 €/Jour	30 €/Jour	80 €/Jour

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. ⁽⁴⁾ ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES : Prise en charge limitée à 500% de la base de remboursement.

⁽⁵⁾ Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. ⁽⁶⁾ Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire. ⁽⁷⁾ Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

Maternité

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	330 %	480 %	Frais réels
- Autres praticiens	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	1,5 % du PMSS/Nuit	1,6 % PMSS/Nuit	3 % PMSS/Nuit
Indemnité de naissance ⁽⁹⁾	8 % du PMSS	8 % du PMSS	12 % du PMSS

⁽⁴⁾ ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES : Prise en charge limitée à 500% de la base de remboursement. ⁽⁵⁾ Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. ⁽⁶⁾ Limité à 8 nuits.

⁽⁹⁾ Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

Optique

Enfant (moins de 18 ans) ⁽¹⁰⁾

Monture	60 % + 100 €	60 % + 100 €	60 % + 100 €
Par verre dans le réseau KALIVIA ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾			
- Simple	60 % + 185 €	PEC intégrale	PEC intégrale
- Complexe	60 % + 300 €	PEC intégrale	PEC intégrale
- Très complexe	60 % + 311 €	PEC intégrale	PEC intégrale
Par verre hors réseau			
- Simple	60 % + 185 €	60 % + 185 €	60 % + 185 €
- Complexe	60 % + 300 €	60 % + 300 €	60 % + 300 €
- Très complexe	60 % + 311 €	60 % + 311 €	60 % + 311 €
Adulte (18 ans et plus) ⁽¹⁰⁾			
Monture	60 % + 100 €	60 % + 100 €	60 % + 100 €
Par verre dans le réseau KALIVIA ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾			
- Simple	60 % + 185 €	PEC intégrale	PEC intégrale
- Complexe	60 % + 300 €	PEC intégrale	PEC intégrale
- Très complexe	60 % + 311 €	PEC intégrale	PEC intégrale



TABLEAU DE GARANTIES (suite)

Garanties en vigueur au 1^{er} avril 2019

Régime général

Optique (suite)

Par verre hors réseau

- Simple

- Complexe

- Très complexe

Lentilles acceptées par le régime obligatoire

Lentilles refusées par le régime obligatoire

Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil

(10) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00.

La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

(11) Remboursement assurant la prise en charge intégrale (PEC intégrale) de verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités antireflet. La liste des verres et traitements concernés est disponible sur simple demande.

La prise en charge intégrale s'entend dans la limite des maxima du contrat responsable fixés au 3^e de l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

(12) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalivia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.

Dentaire

Soins

Autres inlays onlays

Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire⁽¹³⁾

- Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires)⁽¹⁴⁾

- Inlays-Core

- Autres prothèses

Piliers de bridge fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire

Prothèses fixes transitoires sur dent naturelle

Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire

Orthodontie refusée par le régime obligatoire

Implantologie⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle. (13) Les prothèses fixes remboursables sont : couronne, bridge de base, élément de bridge supplémentaire remboursés conformément à la CCAM. (14) Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux. (15) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (16) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire.

Médecines complémentaires

Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Microkinésithérapie⁽¹⁷⁾

Pédicurie : Consultations pédicure/podologue⁽¹⁷⁾

(17) Prise en charge limitée à 300 € par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).

Contraception féminine

Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste)⁽¹⁸⁾

Pilule du lendemain⁽¹⁸⁾

(18) Plafond commun

Prévention

Equilibre alimentaire - Diététique⁽¹⁾

Vie sans tabac - Sevrage tabagique⁽¹⁹⁾

Vaccin anti-grippal et autres vaccins⁽²⁾⁽¹⁵⁾

Séances de psychomotricité⁽¹⁾

(1) Prise en charge limitée : Option 1 à 120 € par année civile et par bénéficiaire - Option 2 à 140 € par année civile et par bénéficiaire (Plafond commun) (2) Selon liste sur simple demande à la mutuelle. (15) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (19) Prise en charge des substituts nicotiniques, consultations cognito-comportementales et/ou Hypnose Ericksonienne, sur prescription médicale. Après intervention du Régime Obligatoire.

Harmonie Santé Services

Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)

* CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.

- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),

- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale. Le PMSS est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année par arrêté ministériel et son montant est disponible sous <http://www.pms.fr/>



KALIVIA, Société par Actions Simplifiée au capital de 5 000 000 € ayant son siège social : 122 rue Javel 75015 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro n° 509 626 552.
Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI n° 969500JLUSZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



Harmonie
mutuelle

GRUPE vyv