

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 150 %	250 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
Actes de sages-femmes	90 %	10 %	+ 150 %	250 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 95 %	195 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	90 %	10 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	80 %	20 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 80 %	180 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 80 %	180 %
Examens de laboratoires	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)			Oui	Oui
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90 %	10 %	+ 70 %	170 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			6 % du PMSS	6 % du PMSS
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 70 %	170 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			6 % du PMSS	6 % du PMSS
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(3)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(3)	90 %	10 %	+ 70 %	170 %
+ Forfait supplémentaire (2)(3)			6 % du PMSS/Appareil	6 % du PMSS/Appareil
Piles	90 %	10 %		100 %
<i>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</i>				
<i>(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.</i>				
<i>Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</i>				
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	90 %	10 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			7 % du PMSS	7 % du PMSS
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	100 %		+ 200 %	300 %

# RL0441

Garantie dite "responsable"

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>HOSPITALISATION (suite)</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 95 %	195 %
Chambre particulière avec nuitée (4)(5)			2.50 % du PMSS/Nuit	2.50 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (6)			75 €/Jour	75 €/Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			1.50 % du PMSS/Jour	1.50 % du PMSS/Jour
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</li> <li>- ateliers thérapeutiques,</li> <li>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</li> <li>- centres de rééducation professionnelle</li> <li>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</li> </ul> <p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.            (5) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.            (6) 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.</p>				
<b>MATERNITE</b>				
Chambre particulière avec nuitée (4)			2.50 % du PMSS/Nuit	2.50 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (7)			14 % du PMSS	14 % du PMSS
<p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.            (7) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(8)(9)				100 % Santé 100 % Santé
- Monture				
- Verres				
Equipement à tarif libre (2)(8)(9)(10)				
- Monture	90 %	100 €		90 % + 100 €
- Par verre				
- Simple	90 %	4.7 % du PMSS		90 % + 4.7 % du PMSS
- Complexe	90 %	6.5 % du PMSS		90 % + 6.5 % du PMSS
- Très complexe	90 %	7 % du PMSS		90 % + 7 % du PMSS
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	90 %	10 %		100 %
Verres avec filtre	90 %	10 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	90 %	10 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	90 %	10 % + 200 €/An		100 % + 200 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			200 €/An	200 €/An

# RL0441

Garantie dite "responsable"

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>OPTIQUE (suite)</b>				
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil (11)			15 % du PMSS/An	15 % du PMSS/An
<p>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.            (8) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.            (9) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).            (10) - Verres simples :            Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.            - Verres complexes :            Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.            - Verres très complexes :            Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.            (11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p>				
<b>DENTAIRE</b>				
Soins	90 %	10 %	+ 110 %	210 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (12)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (12)				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 215 %	315 %
- Inlay-Core	90 %	10 %	+ 215 %	315 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 110 %	210 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 215 %	315 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 215 %	315 %
- Inlay-core	90 %	10 %	+ 215 %	315 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 110 %	210 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 215 %	315 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (13)			300 %	300 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100 %		+ 150 %	250 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			150 %	150 %
Implantologie			7 % du PMSS/An	7 % du PMSS/An
<p>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),            - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.            (12) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.            (13) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.</p>				
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie (11)(14)(15)			170 €/An	170 €/An
<p>(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).            (14) Prise en charge limité à 6 séances par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).            (15) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADEL et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</p>				

# RL0441

Garantie dite "responsable"

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>PREVENTION</b>				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)			200 €/An	<b>200 €/An</b>
Vaccin anti-grippal (11)			Frais réels	<b>Frais réels</b>
Autres vaccins (selon liste) (11)			200 €/An	<b>200 €/An</b>
<i>(16) Prise en charge des substituts nicotiniques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINISS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</i>				
<i>(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
<b>HARMONIE SANTE SERVICES</b>				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	<b>Oui</b>

**\* 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 (3377 € au 01/01/2019)

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 35 %	135 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 15 %	115 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	+ 25 %	125 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 35 %	135 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 15 %	115 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %		100 %
- Autres praticiens	70 %	30 %		100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)			Oui	Oui
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 20 %	120 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 20 %	120 %
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(3)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(3)	60 %	40 %	+ 20 %	120 %
Piles	60 %	40 %		100 %
<i>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</i>				
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 20 %	120 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 30 %	130 %
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 10 %	110 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %	+ 25 %	125 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (4)(5)			1 % du PMSS/Nuit	1 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (6)			30 €/Jour	30 €/Jour

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>HOSPITALISATION (suite)</b>				
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			1 % du PMSS/Jour	1 % du PMSS/Jour
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</li> <li>- ateliers thérapeutiques,</li> <li>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</li> <li>- centres de rééducation professionnelle</li> <li>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</li> </ul> <p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.                      (5) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.                      (6) 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.</p>				
<b>MATERNITE</b>				
Chambre particulière avec nuitée (4)			1 % du PMSS/Nuit	1 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (7)			7.50 % du PMSS	7.50 % du PMSS
<p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.                      (7) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(8)(9)				100 % Santé 100 % Santé
- Monture				
- Verres				
Equipement à tarif libre (2)(8)(9)(10)				
- Monture	60 %	100 €		60 % + 100 €
- Par verre				
- Simple	60 %	2.70 % du PMSS		60 % + 2.70 % du PMSS
- Complexe	60 %	2.70 % du PMSS		60 % + 2.70 % du PMSS
- Très complexe	60 %	2.70 % du PMSS		60 % + 2.70 % du PMSS
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		100 %
Verres avec filtre	60 %	40 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	60 %	40 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 100 €/An		100 % + 100 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			100 €/An	100 €/An
<p>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.                      (8) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.                      (9) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).                      (10) - Verres simples :                      Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,                      Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,                      Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.                      - Verres complexes :                      Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,                      Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,                      Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,                      Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,                      Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,                      Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,                      Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.                      - Verres très complexes :                      Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,                      Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,                      Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,                      Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p>				

# P02113

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>DENTAIRE</b>				
Soins	70 %	30 %	+ 10 %	110 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (11)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (11)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 10 %	110 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 10 %	110 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (12)			50 %	50 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 50 %	150 %
<i>Les remboursements de la mutuelle :</i> - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle. (11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (12) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.				
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie (13)(14)(15)			80 €/An	80 €/An
(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (14) Prise en charge limitée à 6 séances par année civile et par bénéficiaire (plafond commun). (15) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.				
<b>PREVENTION</b>				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)			30 €/An	30 €/An
Vaccin anti-grippal (13)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (13)			30 €/An	30 €/An
(16) Prise en charge des substituts nicotiques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. (13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
<b>HARMONIE SANTE SERVICES</b>				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

**\* 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 (3377 € au 01/01/2019)

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 35 %	135 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 15 %	115 %
Actes de sages-femmes	90 %	10 %	+ 25 %	125 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	90 %	10 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 25 %	125 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	90 %	10 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	80 %	20 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 35 %	135 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 15 %	115 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %		100 %
- Autres praticiens	90 %	10 %		100 %
Examens de laboratoires	90 %	10 %		100 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)			Oui	Oui
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90 %	10 %	+ 20 %	120 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 20 %	120 %
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(3)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(3)	90 %	10 %	+ 20 %	120 %
Piles	90 %	10 %		100 %
<i>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</i>				
<i>(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</i>				
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	90 %	10 %		100 %
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	100 %		+ 20 %	120 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 30 %	130 %
- Autres praticiens	100 %		+ 10 %	110 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 25 %	125 %
Chambre particulière avec nuitée (4)(5)			1 % du PMSS/Nuit	1 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (6)			30 €/Jour	30 €/Jour



# RL0439

Garantie dite "responsable"

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>HOSPITALISATION (suite)</b>				
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			1 % du PMSS/Jour	1 % du PMSS/Jour
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</li> <li>- ateliers thérapeutiques,</li> <li>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</li> <li>- centres de rééducation professionnelle</li> <li>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</li> </ul> <p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.            (5) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.            (6) 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.</p>				
<b>MATERNITE</b>				
Chambre particulière avec nuitée (4)			1 % du PMSS/Nuit	1 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (7)			7.50 % du PMSS	7.50 % du PMSS
<p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.            (7) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(8)(9) - Monture - Verres				100 % Santé 100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(8)(9)(10) - Monture - Par verre - Simple - Complexe - Très complexe	90 %     90 %    90 %    90 %	100 €     2.70 % du PMSS    2.70 % du PMSS    2.70 % du PMSS		90 % + 100 €     90 % + 2.70 % du PMSS    90 % + 2.70 % du PMSS    90 % + 2.70 % du PMSS
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	90 %	10 %		100 %
Verres avec filtre	90 %	10 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	90 %	10 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	90 %	10 % + 100 €/An		100 % + 100 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			100 €/An	100 €/An
<p>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.            (8) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.            (9) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).            (10) - Verres simples :            Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.            - Verres complexes :            Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.            - Verres très complexes :            Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p>				

# RL0439

Garantie dite "responsable"

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>DENTAIRE</b>				
Soins	90 %	10 %	+ 10 %	110 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (11)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (11)				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 50 %	150 %
- Inlay-Core	90 %	10 %	+ 50 %	150 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 10 %	110 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 50 %	150 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 50 %	150 %
- Inlay-core	90 %	10 %	+ 50 %	150 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 10 %	110 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 50 %	150 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (12)			50 %	50 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100 %		+ 50 %	150 %
<i>Les remboursements de la mutuelle :</i> - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle. (11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (12) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.				
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, Chiropraxie et Microkinésithérapie (13)(14)(15)			80 €/An	80 €/An
(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (14) Prise en charge limitée à 6 séances par année civile et par bénéficiaire. (15) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.				
<b>PREVENTION</b>				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)			30 €/An	30 €/An
Vaccin anti-grippal (13)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (13)			30 €/An	30 €/An
(16) Prise en charge des substituts nicotiques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. (13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
<b>HARMONIE SANTE SERVICES</b>				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

**\* 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 (3377 € au 01/01/2019)

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 55 %	155 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 65 %	165 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	+ 30 %	130 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 55 %	155 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 55 %	155 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)			Oui	Oui
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 45 %	145 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			4 % du PMSS	4 % du PMSS
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 45 %	145 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			4 % du PMSS	4 % du PMSS
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(3)			100 % Santé	100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(3)	60 %	40 %	+ 45 %	145 %
+ Forfait supplémentaire (2)(3)			4 % du PMSS/Appareil	4 % du PMSS/Appareil
Piles	60 %	40 %		100 %
<i>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</i>				
<i>(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.</i>				
<i>Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</i>				
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			2 % du PMSS	2 % du PMSS
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 85 %	185 %

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>HOSPITALISATION (suite)</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 90 %	<b>190 %</b>
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 70 %	<b>170 %</b>
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %	+ 30 %	<b>130 %</b>
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	<b>Frais réels</b>
Chambre particulière avec nuitée (4)(5)			1.20 % du PMSS/Nuit	<b>1.20 % du PMSS/Nuit</b>
Chambre particulière en ambulatoire (6)			35 €/Jour	<b>35 €/Jour</b>
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			1.20 % du PMSS/Jour	<b>1.20 % du PMSS/Jour</b>
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</li> <li>- ateliers thérapeutiques,</li> <li>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</li> <li>- centres de rééducation professionnelle</li> <li>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</li> </ul> <p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.                      (5) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.                      (6) 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.</p>				
<b>MATERNITE</b>				
Chambre particulière avec nuitée (4)			1.20 % du PMSS/Nuit	<b>1.20 % du PMSS/Nuit</b>
Indemnité de naissance (7)			9 % du PMSS	<b>9 % du PMSS</b>
<p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.                      (7) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(8)(9)				<b>100 % Santé</b>
- Monture				<b>100 % Santé</b>
- Verres				<b>100 % Santé</b>
Equipement à tarif libre (2)(8)(9)(10)				
- Monture	60 %	100 €		<b>60 % + 100 €</b>
- Par verre				
- Simple	60 %	3.50 % du PMSS		<b>60 % + 3.50 % du PMSS</b>
- Complexe	60 %	3.50 % du PMSS		<b>60 % + 3.50 % du PMSS</b>
- Très complexe	60 %	3.50 % du PMSS		<b>60 % + 3.50 % du PMSS</b>
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Verres avec filtre	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 140 €/An		<b>100 % + 140 €/An</b>
Lentilles refusées par le régime obligatoire			140 €/An	<b>140 €/An</b>

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE (suite)				
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil (11)			8.20 % du PMSS/An	8.20 % du PMSS/An

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.  
 (8) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.  
 (9) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).  
 (10) - Verres simples :  
 Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,  
 Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,  
 Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.  
 - Verres complexes :  
 Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,  
 Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,  
 Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,  
 Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,  
 Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,  
 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,  
 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.  
 - Verres très complexes :  
 Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,  
 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,  
 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,  
 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.  
 (11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (12)			100 % Santé	100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (12)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (13)			185 %	185 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 120 %	220 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			130 %	130 %

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),  
 - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.

(12) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(13) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.

MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie (11)(14)(15)			130 €/An	130 €/An

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(14) Prise en charge limité à 6 séances par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).

(15) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

# P02114

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>PREVENTION</b>				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)			100 €/An	<b>100 €/An</b>
Vaccin anti-grippal (11)			Frais réels	<b>Frais réels</b>
Autres vaccins (selon liste) (11)			100 €/An	<b>100 €/An</b>
<i>(16) Prise en charge des substituts nicotiniques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINISS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</i>				
<i>(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
<b>HARMONIE SANTE SERVICES</b>				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	<b>Oui</b>

**\* 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 (3377 € au 01/01/2019)

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 55 %	155 %
Actes de sages-femmes	90 %	10 %	+ 65 %	165 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 30 %	130 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	90 %	10 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	80 %	20 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 55 %	155 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 55 %	155 %
Examens de laboratoires	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)			Oui	Oui
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90 %	10 %	+ 45 %	145 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			4 % du PMSS	4 % du PMSS
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 45 %	145 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			4 % du PMSS	4 % du PMSS
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(3)			100 % Santé	100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(3)	90 %	10 %	+ 45 %	145 %
+ Forfait supplémentaire (2)(3)			4 % du PMSS/Appareil	4 % du PMSS/Appareil
Piles	90 %	10 %		100 %
<i>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</i>				
<i>(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.</i>				
<i>Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</i>				
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	90 %	10 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			2 % du PMSS	2 % du PMSS
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	100 %		+ 85 %	185 %

# RL0440

Garantie dite "responsable"

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>HOSPITALISATION (suite)</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 90 %	190 %
- Autres praticiens	100 %		+ 70 %	170 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 30 %	130 %
Chambre particulière avec nuitée (4)(5)			1.20 % du PMSS/Nuit	1.20 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (6)			35 €/Jour	35 €/Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			1.20 % du PMSS/Jour	1.20 % du PMSS/Jour
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</li> <li>- ateliers thérapeutiques,</li> <li>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</li> <li>- centres de rééducation professionnelle</li> <li>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</li> </ul> <p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.            (5) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.            (6) 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.</p>				
<b>MATERNITE</b>				
Chambre particulière avec nuitée (4)			1.20 % du PMSS/Nuit	1.20 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (7)			9 % du PMSS	9 % du PMSS
<p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.            (7) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(8)(9)				100 % Santé 100 % Santé
- Monture				
- Verres				
Equipement à tarif libre (2)(8)(9)(10)				
- Monture	90 %	100 €		90 % + 100 €
- Par verre				
- Simple	90 %	3.50 % du PMSS		90 % + 3.50 % du PMSS
- Complexe	90 %	3.50 % du PMSS		90 % + 3.50 % du PMSS
- Très complexe	90 %	3.50 % du PMSS		90 % + 3.50 % du PMSS
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	90 %	10 %		100 %
Verres avec filtre	90 %	10 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	90 %	10 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	90 %	10 % + 140 €/An		100 % + 140 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			140 €/An	140 €/An



# RL0440

Garantie dite "responsable"

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE (suite)				
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil (11)			8.20 % du PMSS/An	8.20 % du PMSS/An

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(8) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(9) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(10) - Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

DENTAIRE				
Soins	90 %	10 %	+ 80 %	180 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (12)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (12)				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-Core	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 80 %	180 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-core	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 80 %	180 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (13)			185 %	185 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100 %		+ 120 %	220 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			130 %	130 %

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),

- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.

(12) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(13) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.

MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropraxie et Microkinésithérapie (11)(14)(15)			130 €/An	130 €/An

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(14) Prise en charge limité à 6 séances par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).

(15) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

# RL0440

Garantie dite "responsable"

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>PREVENTION</b>				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)			100 €/An	<b>100 €/An</b>
Vaccin anti-grippal (11)			Frais réels	<b>Frais réels</b>
Autres vaccins (selon liste) (11)			100 €/An	<b>100 €/An</b>
<i>(16) Prise en charge des substituts nicotiniques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</i>				
<i>(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
<b>HARMONIE SANTE SERVICES</b>				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	<b>Oui</b>

**\* 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 (3377 € au 01/01/2019)

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	+ 95 %	195 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)			Oui	Oui
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 70 %	170 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			6 % du PMSS	6 % du PMSS
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 70 %	170 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			6 % du PMSS	6 % du PMSS
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(3)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(3)	60 %	40 %	+ 70 %	170 %
+ Forfait supplémentaire (2)(3)			6 % du PMSS/Appareil	6 % du PMSS/Appareil
Piles	60 %	40 %		100 %
<i>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</i>				
<i>(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.</i>				
<i>Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</i>				
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			7 % du PMSS	7 % du PMSS
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 200 %	300 %

# P02115

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>HOSPITALISATION (suite)</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 200 %	<b>300 %</b>
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	<b>200 %</b>
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %	+ 95 %	<b>195 %</b>
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	<b>Frais réels</b>
Chambre particulière avec nuitée (4)(5)			2.50 % du PMSS/Nuit	<b>2.50 % du PMSS/Nuit</b>
Chambre particulière en ambulatoire (6)			75 €/Jour	<b>75 €/Jour</b>
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			1.50 % du PMSS/Jour	<b>1.50 % du PMSS/Jour</b>
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</li> <li>- ateliers thérapeutiques,</li> <li>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</li> <li>- centres de rééducation professionnelle</li> <li>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</li> </ul> <p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.            (5) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.            (6) 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.</p>				
<b>MATERNITE</b>				
Chambre particulière avec nuitée (4)			2.50 % du PMSS/Nuit	<b>2.50 % du PMSS/Nuit</b>
Indemnité de naissance (7)			14 % du PMSS	<b>14 % du PMSS</b>
<p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.            (7) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipement 100 % Santé (2)(8)(9)				<b>100 % Santé</b>
- Monture				<b>100 % Santé</b>
- Verres				
Equipement à tarif libre (2)(8)(9)(10)				
- Monture	60 %	100 €		<b>60 % + 100 €</b>
- Par verre				
- Simple	60 %	4.70 % du PMSS		<b>60 % + 4.70 % du PMSS</b>
- Complexe	60 %	6.50 % du PMSS		<b>60 % + 6.50 % du PMSS</b>
- Très complexe	60 %	7 % du PMSS		<b>60 % + 7 % du PMSS</b>
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Verres avec filtre	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 200 €/An		<b>100 % + 200 €/An</b>
Lentilles refusées par le régime obligatoire			200 €/An	<b>200 €/An</b>

# P02115

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>OPTIQUE (suite)</b>				
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil (11)			15 % du PMSS/An	15 % du PMSS/An
<p>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(8) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.</p> <p>(9) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).</p> <p>(10) - Verres simples :            Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.            - Verres complexes :            Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,            Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.            - Verres très complexes :            Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,            Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p>				
<b>DENTAIRE</b>				
Soins	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (12)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (12)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 215 %	315 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 215 %	315 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 215 %	315 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 215 %	315 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 215 %	315 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 215 %	315 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (13)			300 %	300 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			150 %	150 %
Implantologie			7 % du PMSS/An	7 % du PMSS/An
<p>Les remboursements de la mutuelle :</p> <p>- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),</p> <p>- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.</p> <p>(12) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</p> <p>(13) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.</p>				
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie (11)(14)(15)			170 €/An	170 €/An
<p>(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(14) Prise en charge limité à 6 séances par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).</p> <p>(15) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</p>				

# P02115

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>PREVENTION</b>				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)			200 €/An	<b>200 €/An</b>
Vaccin anti-grippal (11)			Frais réels	<b>Frais réels</b>
Autres vaccins (selon liste) (11)			200 €/An	<b>200 €/An</b>
<i>(16) Prise en charge des substituts nicotiniques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. (11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
<b>HARMONIE SANTE SERVICES</b>				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	<b>Oui</b>

**\* 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 (3377 € au 01/01/2019)