Chorum GROUPE vyv — Harmonie mutuelle GROUPE vyv

CCN DES STRUCTURES ASSOCIATIVES DE PÊCHE DE LOISIR ET DE PROTECTION DU MILIEU AQUATIQUE
IDCC N° 3203

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ
Prestations en vigueur à partir du 1er octobre 2021

Régime général

	RÉGIME OBLIGATOIRE * (à titre indicatif)	MUTUELLE * s'entendent en plus du remboursement de la Sécurité sociale	
		GARANTIE DE BASE	GARANTIE DE BASE + OPTION
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80% ou 100%	200 % BR	200 % BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	250 % BR	250 % BR
- Autres praticiens	80% ou 100%	100 % BR	100 % BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	TM	TM
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (4)(5)		2 % PMSS/Jour	2 % PMSS/Jour
Chambre particulière en ambulatoire (6)		15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant -12 ans		1 % PMSS/Jour	1 % PMSS/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, psycho-pédagogique et professionnel, centres de rééducation professionnelle, services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.
(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.

SOINS COURANTS			
Soins médicaux et paramédicaux			
Consultations / visites : Généralistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	TM	TM + 25% BR
- Autres praticiens	70%	TM	TM + 5% BR
Consultations, visites : spécialistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	125 % BR	175 % BR
- Autres praticiens	70%	105 % BR	130 % BR
Consultations psychologues (1) (14) (15)		30 €/séance	30 €/séance
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60%	TM	TM
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65%	TM	TM
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)			
Médicaments à SMR important	65%	TM	TM
Médicaments à SMR modéré	30%	TM	TM
Médicaments à SMR faible	15%	TM	TM
Analyses et examens			
Actes techniques médicaux			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	200 % BR	200 % BR
- Autres praticiens	70%	130 % BR	130 % BR
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée, échographie			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	TM	TM
- Autres praticiens	70%	TM	TM
Examens de laboratoires	60%	TM	TM
Appareillages et accessoires médicaux			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60%	200 % BR	200 % BR

(1) Prise en charge limitée à 2 séances sur la base et 3 séances sur l'option par année civile et par bénéficiaire.
(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(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.

Régime général suite

	RÉGIME OBLIGATOIRE * (à titre indicatif)	MUTUELLE * s'entendent en plus du remboursement de la Sécurité sociale	
		GARANTIE DE BASE	GARANTIE DE BASE + OPTION
AIDES AUDITIVES			
Equipement 100 % Santé (2)(3)		100 % Santé	100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(3)	60%	TM	TM + 30 % PMSS/Appareil
Piles	60%	TM	TM

(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

OPTIQUE			
Equipement 100 % Santé (2)(8)(9)			
- Monture		100 % Santé	100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau		100 % Santé	100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(8)(9)(10)(11)			
- Monture	60%	60 % + 100 €	60 % + 100 €
- Par verre			
• Simple	60%	60 % + 100 €	60 % + 100 €
• Complexe	60%	60 % + 210 €	60 % + 210 €
• Très complexe	60%	60 % + 280 €	60 % + 280 €
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60%	TM	TM
Verres avec filtre	60%	TM	TM
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	TM	TM
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60%	TM + 8 % PMSS/An	TM + 8 % PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire		8 % PMSS/An	8 % PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil		350 €/Oeil	500 €/Oeil

(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 (sphère + cylindre) 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) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 100 € pour la monture.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ (suite)

Prestations en vigueur à partir du 1er octobre 2021

Régime général suite

	RÉGIME OBLIGATOIRE * (à titre indicatif)	MUTUELLE * s'entendent en plus du remboursement de la Sécurité sociale	
		GARANTIE DE BASE	GARANTIE DE BASE + OPTION
DENTAIRE			
Soins	70%	TM	TM
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (12)		100 % Santé	100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maitrisés (12)			
- Prothèses fixes sur dents visibles	70%	360 % BR	400 % BR
- Prothèses fixes sur dents non visible	70%	200 % BR	250 % BR
- Inlay-Core	70%	120 % BR	170 % BR
- Prothèses transitoires	70%	280 % BR	280 % BR
- Inlay onlay	70%	300 % BR	300 % BR
- Prothèses amovibles	70%	280 % BR	400 % BR
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres			
- Prothèses fixes sur dents visibles	70%	360 % BR	400 % BR
- Prothèses fixes sur dents non visibles	70%	200 % BR	250 % BR
- Inlay-Core	70%	120 % BR	170 % BR
- Prothèses transitoires	70%	280 % BR	280 % BR
- Inlay onlay	70%	300 % BR	300 % BR
- Prothèses amovibles	70%	280 % BR	400 % BR
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (13)		300 €/Acte	300 €/Acte
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100%	250 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			100 €/an
Implantologie (14) (17)		600 €/implant	800 €/implant
Parodontologie (14) (18)		100 €/an	200 €/an

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 2e et 3e inters du bridge ne sont pas remboursables.
(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(17) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire.
(18) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)

CURES THERMALES			
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	TM	TM
+ Forfait supplémentaire		10 % PMSS	10 % PMSS
MATERNITÉ			
Chambre particulière avec nuitée (4)		2 % PMSS/Jour	2 % PMSS/Jour
Indemnité de naissance (7)		10 % PMSS	10 % PMSS

(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.

MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES			
Ostéopathie, Chiropractie (14)(15)(16)		30 €/Séance	40 €/Séance

(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(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.
(16) Limitée à 3 séances/an

PRÉVENTION			
Vaccins non remboursés par le Sécurité Sociale (selon liste) (14)		100 €/An	100 €/An

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

HARMONIE SANTÉ SERVICES			
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.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ (suite)

Prestations en vigueur à partir du 1er octobre 2021

Régime local

	RÉGIME OBLIGATOIRE * (à titre indicatif)	MUTUELLE * s'entendent en plus du remboursement de la Sécurité sociale	
		GARANTIE DE BASE	GARANTIE DE BASE + OPTION
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	100%	200 % BR	200 % BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100%	250 % BR	250 % BR
- Autres praticiens	100%	100 % BR	100 % BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100%	TM	TM
Chambre particulière avec nuitée (4)(5)		2 % PMSS/Jour	2 % PMSS/Jour
Chambre particulière en ambulatoire (6)		15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant -12 ans		1 % PMSS/Jour	1 % PMSS/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, psycho-pédagogique et professionnel, centres de rééducation professionnelle, services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.
(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.

SOINS COURANTS			
Soins médicaux et paramédicaux			
Consultations / visites : Généralistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90%	TM	TM + 25% BR
- Autres praticiens	90%	TM	TM + 5% BR
Consultations, visites : spécialistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90%	105% BR	155% BR
- Autres praticiens	90%	85% BR	110% BR
Consultations psychologues (1) (14) (15)		30 €/séance	30 €/séance
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	90%	TM	TM
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100%	TM	TM
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)			
Médicaments à SMR important	90%	TM	TM
Médicaments à SMR modéré	80%	TM	TM
Médicaments à SMR faible	15%	TM	TM
Analyses et examens			
Actes techniques médicaux			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90%	180% BR	180% BR
- Autres praticiens	90%	110% BR	110% BR
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée, échographie			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90%	TM	TM
- Autres praticiens	90%	TM	TM
Examens de laboratoires	90%	TM	TM
Appareillages et accessoires médicaux			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90%	170% BR	170% BR

(1) Prise en charge limitée à 2 séances sur la base et 3 séances sur l'option par année civile et par bénéficiaire.
(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(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.

Régime local suite

	RÉGIME OBLIGATOIRE * (à titre indicatif)	MUTUELLE * s'entendent en plus du remboursement de la Sécurité sociale	
		GARANTIE DE BASE	GARANTIE DE BASE + OPTION
AIDES AUDITIVES			
Equipement 100 % Santé (2)(3)		100 % Santé	100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(3)	90%	TM	TM + 30 % PMSS/Appareil
Piles	90%	TM	TM

(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

OPTIQUE			
Equipement 100 % Santé (2)(8)(9)			
- Monture		100 % Santé	100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau		100 % Santé	100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(8)(9)(10)(11)			
- Monture	90%	90 % + 100 €	90 % + 100 €
- Par verre			
• Simple	90%	90 % + 100 €	90 % + 100 €
• Complexe	90%	90 % + 210 €	90 % + 210 €
• Très complexe	90%	90 % + 280 €	90 % + 280 €
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	90%	TM	TM
Verres avec filtre	90%	TM	TM
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	90%	TM	TM
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	90%	TM + 8 % PMSS/An	TM + 8 % PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire		8 % PMSS/An	8 % PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil		350 €/Oeil	500 €/Oeil

(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 (sphère + cylindre) 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) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 100 € pour la monture.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ (suite)

Prestations en vigueur à partir du 1er octobre 2021

Régime local suite

	RÉGIME OBLIGATOIRE * (à titre indicatif)	MUTUELLE * s'entendent en plus du remboursement de la Sécurité sociale	
		GARANTIE DE BASE	GARANTIE DE BASE + OPTION
DENTAIRE			
Soins	90%	TM	TM
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (12)		100 % Santé	100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maitrisés (12)			
- Prothèses fixes sur dents visibles	90%	340% BR	380% BR
- Prothèses fixes sur dents non visible	90%	180% BR	230% BR
- Inlay-Core	90%	100% BR	150% BR
- Prothèses transitoires	90%	260% BR	260% BR
- Inlay onlay	90%	280% BR	280% BR
- Prothèses amovibles	90%	260% BR	380% BR
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres			
- Prothèses fixes sur dents visibles	90%	340% BR	380% BR
- Prothèses fixes sur dents non visibles	90%	180% BR	230% BR
- Inlay-Core	90%	100% BR	150% BR
- Prothèses transitoires	90%	260% BR	260% BR
- Inlay onlay	90%	280% BR	280% BR
- Prothèses amovibles	90%	260% BR	380% BR
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (13)		300 €/Acte	300 €/Acte
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100%	250 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			100 €/an
Implantologie (14) (17)		600 €/implant	800 €/implant
Parodontologie (14) (18)		100 €/an	200 €/an

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 2e et 3e inters du bridge ne sont pas remboursables.
(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(17) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire.
(18) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)

CURES THERMALES			
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	90%	TM	TM
+ Forfait supplémentaire		10 % PMSS	10 % PMSS

MATERNITÉ			
Chambre particulière avec nuitée (4)		2 % PMSS/Jour	2 % PMSS/Jour
Indemnité de naissance (7)		10 % PMSS	10 % PMSS

(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.

MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES			
Ostéopathie, Chiropractie (14)(15)(16)		30 €/Séance	40 €/Séance

(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(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.
(16) Limitée à 3 séances/an

PRÉVENTION			
Vaccins non remboursés par le Sécurité Sociale (selon liste) (14)		100 €/An	100 €/An

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

HARMONIE SANTÉ SERVICES			
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.

TAUX DE COTISATIONS DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ CCN DES STRUCTURES ASSOCIATIVES DE PÊCHE DE LOISIR ET DE PROTECTION DU MILIEU AQUATIQUE IDCC N° 3203

Taux de cotisations à effet du 1er janvier 2021

ACTIFS

En % du PMSS

	Hors MSA		MSA	
	Régime Général	Régime Local	Régime Général	Régime Local
Base obligatoire				
Famille	2,84%	1,98%	2,66%	1,86%
Option Facultatif				
Adulte	+ 0,14%	+ 0,14%	+ 0,14%	+0,14%
Enfant *	+ 0,04%	+ 0,04%	+ 0,04%	+0,04%
Base + Option obligatoires				
Famille	3,05%	2,14%	2,86%	2,00%

* Gratuité à compter du 3e enfant

A noter : Maintien des taux des actifs pendant 3 ans à législation et réglementation constante.

LEXIQUE :

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale.
Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAM-CO).

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée ;

OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens ;

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale ;

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale ;

TM : Ticket modérateur ; HAS : Haute Autorité de Santé ;

HLF : honoraires limites de facturation ;

PLV : Prix limites de vente ;

FR : Frais réels ;

SS : Sécurité sociale ;

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale.

Prise en charge de la participation forfaitaire visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale : la participation forfaitaire de 24 € est applicable pour les actes médicaux coûteux dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 60.

TG et TC - CCN SAPPMA - Crédits photos © Gettyimages - Réalisation Havelis Communication - Janvier 2021 - Document non contractuel

CHORUM CONSEIL : Distributeur et gestionnaire - Courtier en assurance
SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1.539.000 €
RCS Nanterre 833 426 851 - répertoire ORIAS 170 073 20 - www.orias.fr
Siege social : 4-8 rue Gambetta - 92240 MALAKOFF
Tél. : 01 84 76 15 00
E-mail : chorum.conseil@chorum.fr
Site internet : www.chorum.fr
Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances - sous le contrôle de l'ACPR - 4 Place de Budapest - 75436 Paris - (www.acpr.banque-france.fr)
exerce son activité en application des dispositions de l'article L. 521-2 II 1°b : après avoir recueilli les exigences de son client, CHORUM CONSEIL propose un ou plusieurs contrats d'assurances sélectionnés parmi les offres et produits provenant d'un ou plusieurs organismes partenaires.

La liste des assureurs partenaires est fournie sur la fiche d'information conseil.
Capital social détenu à hauteur de 97 % par VYV INVEST
dont le siège social est sis 33, avenue du Maine - Tour Montparnasse - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro SIREN 839 314 242
Réclamation : CHORUM CONSEIL - Service Réclamation - 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff
Médiation: La Chambre Nationale des Praticiens de la Médiation (CNPM), SAS dédiée à la médiation de la consommation, est compétente pour intervenir sur tout litige n'ayant pas pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Elle peut être saisie via la plateforme de médiation du site http://cnpm-mediation-consommation.eu ou par courrier postal en écrivant à : CNPM-MEDIATION-CONSOMMATION - 27, avenue de la Libération - 42400 Saint-Chamond.
CHORUM CONSEIL perçoit au titre de son activité de distribution une commission incluse dans la prime d'assurance.

Harmonie Mutuelle, assureur, gestionnaire et distributeur :
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473,
LEI n° 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet 75015 Paris.