

## GARANTIES

## TABLEAU DES GARANTIES RESPONSABLES

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
<b>HOSPITALISATION médicale et chirurgicale y compris maternité</b>			
<b>Frais de séjour</b>	100% BR	100% BR	200% BR
<b>Honoraires</b>			
Honoraires signataire Optam/Optam CO	150% BR	220% BR	235% BR
Honoraires non-signataire Optam/Optam CO	130% BR	200% BR	200% BR
<b>Chambre particulière (y compris en ambulatoire)</b>	1,5% PMSS / jour	2,5% PMSS / jour	2,5% PMSS / jour
<b>Forfait hospitalier</b>	100% DE	100% DE	100% DE
<b>Lit d'accompagnant (enfant moins de 17 ans)</b>	1% PMSS	1,50% PMSS	1,75% PMSS
<b>Cas de la maternité <sup>(a)</sup></b>	Oui	Oui	Oui
Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité			
<b>Forfait patient urgence</b>	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
<i>Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation</i>			
<b>Transport sanitaire</b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>DENTAIRE auprès d'un professionnel</b>			
<b>Soins dentaires</b>	125% BR	125% BR	125% BR
<b>Implant dentaire</b>	Néant	300 € par implant (maxi 2 par an)	500 € par implant (maxi 2 par an)
<b>Orthodontie</b>			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	225% BR	300% BR	300% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Néant	Néant	400% BRR
<b>Parodontologie</b>			
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	125% BR	125% BR	125% BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	Néant	Néant	200 € par an
<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé <sup>(1)</sup></b>			
<i>Le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne peut excéder les Honoraires Limites de Facturation</i>			
Inlay core	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
<b>Panier maîtrisé <sup>(2)</sup></b>			
<i>Le remboursement ne peut excéder les Honoraires Limites de Facturation</i>			
Inlay, onlay	225% BR	300% BR	400% BR
Inlay core	225% BR	300% BR	400% BR
Prothèses dentaires	225% BR	300% BR	400% BR
<b>Panier libre <sup>(3)</sup></b>			
Inlay, onlay	225% BR	300% BR	300% BR
Prothèses dentaires	225% BR	300% BR	400% BR
Inlay core	225% BR	300% BR	300% BR
<b>Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale <sup>(11)</sup></b>	Néant	Néant	410% BRR

# TABLEAU DES GARANTIES RESPONSABLES (suite)

Les remboursements indiqués s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
<b>OPTIQUE</b>			
<b>Equipement optique (1 monture + 2 verres)</b>			
Le remboursement est limité à un équipement optique tous les deux ans par bénéficiaire. Cette limite est portée à 1 an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.			
Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les enfants de moins de 16 ans.			
Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale			
<b>Equipement optique de classe A (100% santé)</b>			
<i>Le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne peut excéder le Prix Limite de Vente.</i>			
Equipement optique (1 monture + 2 verres) 100 % Santé <sup>(4)</sup> : monture et/ou verres de classe A pour adulte et/ou enfant	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)			
<b>Equipement optique de classe B au tarif libre<sup>(5)</sup> (maxi 100€ pour la monture)</b>			
Monture + deux verres simples	250 €	350 €	350 €
Monture + deux verres complexes	350 €	450 €	450 €
Monture + deux verres très complexes	450 €	550 €	550 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	300 €	400 €	400 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	350 €	450 €	450 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	400 €	500 €	500 €
Prestation d'appairage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100% BR	100% BR	100% BR
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR	100% BR	100% BR
<i>Le remboursement ne peut excéder 100% des Prix Limites de Vente</i>			
<b>Dans tous les cas (verres de classe A ou B)</b>			
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme/ système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR
<i>Le remboursement ne peut excéder 100% des Prix Limites de Vente</i>			
<b>Lentilles</b>			
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire et au minimum le TM	250 € par an et par bénéficiaire et au minimum le TM	350 € par an et par bénéficiaire et au minimum le TM
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire	280 € par an et par bénéficiaire
<b>Chirurgie optique réfractive</b>	Néant	400 € par œil	400 € par œil
<b>PROTHESES AUDITIVES<sup>(6)</sup></b>			
<b>Equipements 100 % Santé<sup>(7)</sup></b>			
Aides auditives	100% des frais restant à charge	100% des frais restant à charge	100% des frais restant à charge
<i>Après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente</i>			
<b>Equipements libres<sup>(8)</sup></b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	200% BR pour un ou deux appareils par période de quatre ans	300% BR pour un ou deux appareils par période de quatre ans	1 240 € par appareil par période de quatre ans
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	200% BR pour un ou deux appareils par période de quatre ans.	300% BR pour un ou deux appareils par période de quatre ans.	300% BR pour un ou deux appareils par période de quatre ans.
<i>Le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1 700 € TTC par prothèse sur une période de quatre ans</i>			
<b>Piles remboursées par la Sécurité sociale<sup>(9)</sup></b>	100% BR	100% BR	100% BR

Harmonie Santé Services est assurée par RMA, union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682. Numéro LEI 96950OYZ86NRBOATR28. Siège social : 46 Rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou Cedex.

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI 96950OJLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

# TABLEAU DES GARANTIES RESPONSABLES (suite)

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
<b>SOINS COURANTS y compris maternité</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste			
- Signataire Optam/Optam CO	100% BR	100% BR	185% BR
- Non-signataire Optam/Optam CO	100% BR	100% BR	165% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste			
- Signataire Optam/Optam CO	150% BR	180% BR	220% BR
- Non-signataire Optam/Optam CO	130% BR	160% BR	200% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie signataire			
- Signataire Optam/Optam CO	150% BR	180% BR	235% BR
- Non-signataire Optam/Optam CO	130% BR	160% BR	200% BR
Radiologie, ostéodensitométrie signataire			
- Signataire Optam/Optam CO	150% BR	180% BR	180% BR
- Non-signataire Optam/Optam CO	130% BR	160% BR	160% BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100% BR	100% BR	100% BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR
Cas de la maternité <sup>(a)</sup>	Oui	Oui	Oui
Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité			
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaire, auditive et optique	200% BR	300% BR	300% BR + 600 € par an
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Frais pharmaceutique (y compris médicaments remboursés à 15% par la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR	100% BR
<b>AUTRES POSTES</b>			
<b>Médecine douce et sevrage tabagique <sup>(10)</sup></b>			
<i>Limité à 4 séances par année civile et par bénéficiaire pour l'ensemble des postes.</i>			
Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture	Maxi 25 € par séance	Maxi 25 € par séance	Maxi 105 € par séance
Psychomotricité, Etiopathie, Sevrage tabagique	Maxi 25 € par séance	Maxi 25 € par séance	Maxi 25 € par séance
Forfait maternité ou adoption (forfait par enfant)	150 €	200 €	550 €
Cures thermales par an et par bénéficiaire			
Traitement	Néant	Néant	100% BR
Voyage et hébergement	Néant	Néant	RSS + 350 €
Consultation d'un psychologue remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Assistance	Oui	Oui	Oui
<b>Actes de prévention selon contrat responsable</b>			
Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code			
<b>1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.</b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).</b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMQ24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.</b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).</b>	100% BR	100% BR	100% BR

Harmonie Santé Services est assurée par RMA, union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682. Numéro LEI 96950OYZ86NRBOATR28. Siège social : 46 Rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou Cedex.

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI 96950OJLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

# TABLEAU DES GARANTIES RESPONSABLES (suite)

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
<b>AUTRES POSTES (suite)</b>			
<b>Actes de prévention selon contrat responsable (suite)</b>			
<b>5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :</b> a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).	100% BR	100% BR	100% BR
<b>6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ;</b> sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	100% BR	100% BR	100% BR
<b>7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :</b> a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Actes non remboursés par la Sécurité sociale</b> Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits (sur présentation de facture)	Néant	Néant	100% FR

SS = Sécurité sociale,

RSS = Remboursement Sécurité sociale,

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale,

BRR = Base de Remboursement Reconstituée

BRSS - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale,

DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale,

FR = Frais réels

TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise),

RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale),

RC = Régime complémentaire,

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale,

HLF = Honoraires Limite de Facturation,

PLV = Prix Limite de Vente

(a) Dans la limite des garanties énoncées des postes Hospitalisation et Soins courants

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(5) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(6) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans.

(7) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(8) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.

(9) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(10) Ostéopathie, chiropraxie et acupuncture : 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. Etiopathie : il doit s'agir d'étiopathes diplômés et admis au registre national des étiopathes.

(11) Prestations pratisées sur la base d'une couronne remboursée par la Sécurité sociale (BRR = 120€).