TABLEAU DES PRESTATIONS

A00178

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2022 - A00178 généré le 12/10/2021

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la 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	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 270 %	**370 %**
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	**200 %**
Consultations psychologues ~~(1)~~			140 €/An	**140 €/An**
Actes de sages-femmes	70 %	30 %		**100 %**
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 260 %	**360 %**
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		**100 %**
~~(1) Prise en charge limitée à 140 € par année civile et par bénéficiaire (Plafond commun).~~				
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		**100 %**
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		**100 %**
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		**100 %**
(*) SMR: Service Médical Rendu.				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 270 %	**370 %**
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	**200 %**
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 270 %	**370 %**
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	**200 %**
Examens de laboratoires	60 %	40 %		**100 %**
Actes non remboursés par le régime obligatoire (2)			Oui	**Oui**
(2) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.				
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 260 %	**360 %**
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 260 %	**360 %**
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (3)(4)				**100 % Santé**
Equipement à tarif libre (3)(4)	60 %	40 %	+ 260 %	**360 %**
+ Forfait supplémentaire (3)(4)			400 €/Appareil	**400 €/Appareil**
Piles	60 %	40 %		**100 %**
(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.				
(4) 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.*				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		**100 %**
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 400 %	**500 %**

A00178

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la 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	
HOSPITALISATION (suite)				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (5)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	Frais réels	**Frais réels**
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	**200 %**
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		**100 %**
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	**Frais réels**
Chambre particulière avec nuitée (6)(7)			120 €/Nuit	**120 €/Nuit**
Chambre particulière en ambulatoire (8)			50 €/Jour	**50 €/Jour**
Frais d'accompagnant			80 €/Jour	**80 €/Jour**

(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :
- cures médicales en établissements de personnes âgées,
- ateliers thérapeutiques,
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.
(5) ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES :
Prise en charge limitée à 500% de la base de remboursement.
(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
(7) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.
(8) 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.

MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (5)	100 %		Frais réels	**Frais réels**
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	**200 %**
Chambre particulière avec nuitée (6)(9)			3 % du PMSS/Nuit	**3 % du PMSS/Nuit**
Indemnité de naissance (10)			12 % du PMSS	**12 % du PMSS**

(5) ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES :
Prise en charge limitée à 500% de la base de remboursement.
(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
(9) Limité à 8 nuits.
(10) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

A00178

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la 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				
Equipement 100 % Santé (3)(11)(12)				
- Monture				**100 % Santé**
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				**100 % Santé**
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				**100 % Santé**
Equipement à tarif libre (3)(11)(12)(13)				
- Monture (14)	60 %	100 € - RO		**100 €**
- Par verre dans le réseau KALIXIA (15)(16)				
- Simple	60 %	PEC intégrale		**PEC intégrale**
- Complexe	60 %	PEC intégrale		**PEC intégrale**
- Très complexe	60 %	PEC intégrale		**PEC intégrale**
- Par verre hors réseau				
- Simple	60 %	160 €		**60 % + 160 €**
- Complexe	60 %	300 €		**60 % + 300 €**
- Très complexe	60 %	350 €		**60 % + 350 €**
- Supplément verres avec filtre	60 %	40 %		**100 %**
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		**100 %**
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		**100 %**
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 300 €/An		**100 % + 300 €/An**
Lentilles refusées par le régime obligatoire			300 €/An	**300 €/An**
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			460 €/Oeil	**460 €/Oeil**

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

(11) 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.

(12) 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).

(13) - 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 égal 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.

(14) RO: Remboursement du Régime Obligatoire

(15) Remboursement assurant la prise en charge intégrale (PEC intégrale) de verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités antireflets. La notice contractuelle concernant ce remboursement intégral est disponible sur simple demande. La prise en charge intégrale s'entend dans la limite des maxima du contrat responsable fixés au 3° de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale.

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

DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %		**100 %**

A00178

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle* Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
DENTAIRE (suite)				
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (17)				**100 % Santé**
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maitrisés (17)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 420 %	**520 %**
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 420 %	**520 %**
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 450 %	**550 %**
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 420 %	**520 %**
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 420 %	**520 %**
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 420 %	**520 %**
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 420 %	**520 %**
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 450 %	**550 %**
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 420 %	**520 %**
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 420 %	**520 %**
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (18)			484 €	**484 €**
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 450 %	**550 %**
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			+ 400 %	**400 %**
Implantologie (19)(20)			700 €/Implant	**700 €/Implant**

(*) 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.

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

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

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

(20) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire.

MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Etiopathie et Acupuncture (21)(22)			300 €/An	**300 €/An**
Consultations pédicure/podologue (21)(22)			300 €/An	**300 €/An**

(21) Prise en charge limitée à 300 € par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).
(22) 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.

CONTRACEPTION				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (23)			3 % du PMSS/An	**3 % du PMSS/An**
Pillule du lendemain (23)			3 % du PMSS/An	**3 % du PMSS/An**

(23) Plafond commun

PREVENTION				
Equilibre alimentaire - Diététique (1)(22)			140 €/An	**140 €/An**
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (24)			80 €/An	**80 €/An**
Vaccin anti-grippal et autres vaccins (2)(19)			35 €/An	**35 €/An**

A00178

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la 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	
PREVENTION (suite)				
Séances de psychomotricité (21)			300 €/An	**300 €/An**
(1) Prise en charge limitée à 140 € par année civile et par bénéficiaire (Plafond commun).				
(22) 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.				
(24) Prise en charge des substituts nicotiniques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obliglatoire), 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.				
(2) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.				
(19) 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.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3428 € au 01/01/2020)