Harmonie mutuelle
GROUPE VYV

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE HABILLEMENT
TABLEAU DE GARANTIE dite « responsable » 2023

	BASE	BASE + OPTION 1
	Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX		
Consultations, visites : généralistes		
› Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 %	120 %
› Autres praticiens	100 %	100 %
Consultations, visites : spécialistes		
› Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 %	220 %
› Autres praticiens	150 %	200 %
Actes de sages-femmes	100 %	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	100 %	100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %	100 %
SOINS COURANTS-MÉDICAMENTS		
Médicaments à SMR important	100 %	100 %
Médicaments à SMR modéré	100 %	100 %
Médicaments à SMR faible	100 %	100 %
SMR : Service Médical Rendu		
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		
Actes techniques médicaux		
› Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	145 %	220 %
› Autres praticiens	125 %	200 %
Actes techniques d'échographie		
› Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 %	120 %
› Autres praticiens	100 %	100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée		
› Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 %	120 %
› Autres praticiens	100 %	100 %
Examens de laboratoires	100 %	100 %
SOINS COURANTS-MATÉRIEL MÉDICAL		
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	125 %	200 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	125 %	200 %

AIDES AUDITIVES		
Équipement 100 % Santé (1) (2)	100 % Santé	100 % Santé
Équipement à tarif libre (2)	125 %	200 %
Piles	100 %	100 %

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

CURE THERMALE		
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier		100 %
+ Forfait supplémentaire		10 % du PMSS

	BASE	BASE + OPTION 1
	Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)	
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	125 %	200 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)		
› Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 %	220 %
› Autres praticiens	150 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (3) (4)	1 % du PMSS/nuit	2 % du PMSS/nuit
Chambre particulière en ambulatoire (4) (5)	1 % du PMSS/jour	2 % du PMSS/jour
Frais d'accompagnant (4)	1 % du PMSS/jour	2 % du 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, psychopédagogique et professionnel ;
- centres de rééducation professionnelle ;
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
(4) Pas de prise en charge.
(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

MATERNITÉ		
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique		
› Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 %	220 %
› Autres praticiens	150 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (3) (4)	1 % du PMSS/nuit	2 % du PMSS/nuit
Indemnité de naissance (6)	3 % du PMSS	10 % du PMSS

(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
(4) Pas de prise en charge.
(6) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

OPTIQUE		
Équipement 100 % Santé (1) (7) (8)		
› Monture	100 % Santé	100 % Santé
› Par verre	100 % Santé	100 % Santé
Équipement tarif libre (1) (7) (8) (9)		
› Monture (10)	100 €	100 €
› Par verre		
› Simple	60 % + 90 €	60 % + 115 €
› Complexe	60 % + 180 €	60 % + 205 €
› Très complexe	60 % + 250 €	60 % + 350 €
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	100 %	100 %
Verres avec filtre	100 %	100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100 %	100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire (11)	100 % + 2 % PMSS/an	100 % + 5 % PMSS/an
Lentilles refusées par le régime obligatoire (11)	2 % PMSS/an	5 % PMSS/an
Opérations de chirurgie correctrice de l'œil		25 % PMSS/œil

(*) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants.
La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.
Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.
La prise en charge de la mutuelle 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 dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.
(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
(7) 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.
(8) 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).
(9) **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.

(10) **RO :** Remboursement du régime obligatoire.
(11) Plafond commun.

	BASE	BASE + OPTION 1
	Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)	
DENTAIRE		
Soins	100 %	100 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (12)	100 % Santé	100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (12)		
› Prothèses fixes	300 %	450 %
› Inlay-Core	125 %	175 %
› Prothèses transitoires	125 %	125 %
› Inlay onlay	125 %	175 %
› Prothèses amovibles	300 %	450 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres		
› Prothèses fixes	300 %	450 %
› Inlay-core	125 %	175 %
› Prothèses transitoires	125 %	125 %
› Inlay onlay	125 %	175 %
› Prothèses amovibles	300 %	450 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	150 %	350 %
Implantologie (13)		15 % du PMSS/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 l'avis du dentiste consultant de la mutuelle.

(12) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
(13) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES		
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie et Acupuncture (13) (14)	25 € / séance, limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire	35 € / séance, limité à 5 séances par année civile et par bénéficiaire

(13) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(14) 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° RPPS du professionnel concerné.

PRÉVENTION		
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (13)		50 €/an
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)		4 % du PMSS/an
Vaccin anti-grippal et autres vaccins (13) (17)		1.50 % du PMSS/an

(13) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(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.
(17) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.

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

* **CONDITIONS GÉNÉRALES 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 1er janvier 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 (3 666 € au 01/01/2023).