



GARANTIES

TABLEAU DES GARANTIES RESPONSABLES

Remboursement total dans la limite des frais réels
Remboursement Sécurité sociale inclus (si non précisé)

	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
Frais MÉDICAUX			
Honoraires médicaux			
Consultation - visites : Généralistes (signataires DPTM*)	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation - visites : Généralistes (non signataires DPTM*)	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes (signataires DPTM*)	220% BR	220% BR	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes (non signataires DPTM*)	200% BR	200% BR	200% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (signataires DPTM*)	170% BR	170% BR	170% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (non signataires DPTM*)	150% BR	150% BR	150% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (signataires DPTM*)	150% BR	160% BR	170% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (non signataires DPTM*)	130% BR	140% BR	150% BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical			
Orthopédie et autres prothèses	200% BR	200% BR	200% BR
Transport accepté par la Sécurité sociale			
	100% BR	100% BR	100% BR
Frais HOSPITALISATION			
Frais de séjour ⁽¹⁾	200% BR	200% BR	200% BR
Honoraires (signataires DPTM*)			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes d'obstétrique (ACO), actes techniques médicaux (ATM)	220% BR	250% BR	300% BR
Honoraires (non signataires DPTM*)			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes d'obstétrique (ACO), actes techniques médicaux (ATM)	200% BR	200% FR	200% BR
Forfait hospitalier ^{(1) (2)}	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait Patients Urgences ^{(1) (2bis)}	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière	100% FR	100% FR	100% FR
Conventionnée jour/nuit (avec nuitée)	limité à 2% du PMSS	limité à 2,5% du PMSS	limité à 3% du PMSS
Conventionnée de jour (sans nuitée)	limité à 1% du PMSS	limité à 1,25% du PMSS	limité à 1,5% du PMSS
Personne accompagnante d'un enfant de moins de 16 ans ⁽¹⁾	100% FR limité à 1,5% PMSS/jour	100% FR limité à 2% PMSS/jour	100% FR limité à 3% PMSS/jour

TABLEAU DES GARANTIES RESPONSABLES (suite)

Remboursement total dans la limite des frais réels
Remboursement Sécurité sociale inclus (si non précisé)

	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
OPTIQUE			
<i>Conditions de renouvellement et de définition des classe A et B conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018 et garanties dans les limites fixées par le décret du 12 janvier 2019</i>			
Verres et montures classe A ^{(3) (4) (5)}	100% du PLV (***)	100% du PLV (***)	100% du PLV (***)
Verres et montures classe B ^{(4) (5)}	Grille optique 1	Grille optique 2	Grille optique 3
Lentilles prescrites (acceptées par la Sécurité sociale)	3% PMSS par an et par bénéficiaire (min 100% BR)	4,5% PMSS par an et par bénéficiaire (min 100% BR)	6,5% PMSS par an et par bénéficiaire (min 100% BR)
Lentilles prescrites (refusées par la Sécurité sociale, jetables)	3% PMSS par an et par bénéficiaire	4,5% PMSS par an et par bénéficiaire	6,5% PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive (par oeil)	20% PMSS par an et par bénéficiaire	23% PMSS par an et par bénéficiaire	25% PMSS par an et par bénéficiaire
DENTAIRE			
Soins dentaires ^{(6) (7)}	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays/inlays	100% BR (**)	100% BR (**)	100% BR (**)
Orthodontie			
Remboursées par la Sécurité sociale	300% BR	320% BR	350% BR
Non remboursée par la Sécurité sociale	250% BRR	250% BR	250% BR
Prothèse et soins prothétiques non remboursés (codés ayant une BR) ⁽⁸⁾	7% PMSS par an et par bénéficiaire	8% PMSS par an et par bénéficiaire	10% PMSS par an et par bénéficiaire
Implantologie ⁽⁹⁾	20% PMSS par an et par bénéficiaire	23% PMSS par an et par bénéficiaire	25% PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires remboursées : ⁽¹⁰⁾			
Panier 100% ⁽⁶⁾			
Remboursées par la Sécurité sociale : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires), dents du fond de bouche et Inlays-core	100% du HLF (***)	100% du HLF (***)	100% du HLF (***)
Panier maîtrisé ⁽⁷⁾			
Remboursées par la Sécurité sociale : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	250% BR (**)	325% BR (**)	450% BR (**)
Remboursées par la Sécurité sociale : dents du fond de bouche	220% BR (**)	280% BR (**)	350% BR (**)
Inlays-core	150% BR (**)	200% BR (**)	200% BR (**)
Panier libre ⁽⁷⁾			
Remboursées par la Sécurité sociale : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	125% BR	325% BR (**)	450% BR (**)
Remboursées par la Sécurité sociale : dents du fond de bouche	125% BR	280% BR (**)	350% BR (**)
Inlays-core	125% BR	200% BR (**)	200% BR (**)
AIDES AUDITIVES			
Prothèses auditives Classe 1 ^{(11) (12)}	100% du PLV (***)	100% du PLV (***)	100% du PLV (***)
Prothèses auditives Classe 2 ⁽¹¹⁾ (maximum de 1700 € RSS inclus)	20% PMSS plus de 20 ans 300 € jusqu'à 20 ans (Min 100% BR) par oreille	20% PMSS plus de 20 ans 300 € jusqu'à 20 ans (Min 100% BR) par oreille	1700€ par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la Sécurité sociale	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 969500YZ86NRB0ATR28. 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 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



TABLEAU DES GARANTIES RESPONSABLES (suite)

Remboursement total dans la limite des frais réels
Remboursement Sécurité sociale inclus (si non précisé)

	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
ACTES DIVERS			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale ⁽¹³⁾	100% BR	100% BR	100% BR
Patch anti-tabac, contraception et vaccins non remboursés	3% PMSS par an et par bénéficiaire	4,5% PMSS par an et par bénéficiaire	5% PMSS par an et par bénéficiaire
Médecines non allopathiques (Osthéopathie, Etiopathie, Acupuncteur, Homéopathie) reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels ⁽¹⁴⁾	30 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	40 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	50 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire
ACTE DE PRÉVENTION			
Tous les actes des contrats responsables	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences

(2) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.

(2bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

(3) Équipement 100% Santé « Classe A », pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.

Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).

Pour les équipements combinant des verres «100% Santé» et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018. La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.

(4) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.

(5) Renouvellement :

- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,

- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.

- pour les bénéficiaires de moins de 6 ans : après une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).

(6) Soins et prothèses dentaires relevant du «100% Santé» définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

(7) Dispositif dit « Hors 100% Santé » : Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « tarif maîtrisé » ou « libre » sont pris en charge à hauteur des garanties fixées au Tableau des garanties, limitées aux Honoraires limites de facturation (H.L.F) pour le tarif maîtrisé, et sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

(8) Sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes. La Base de remboursement correspond à celle retenue par le Régime Obligatoire pour les couronnes remboursées.

(9) Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste « Prothèses dentaires ».

(10) Pour les prothèses dentaires prises en charge par le Régime Obligatoire, on entend par :

• dents visibles : les incisives, canines et prémolaires, elles portent les numéros 15 à 25 (en haut) et 35 à 45 (en bas),

• dents non-visibles : les molaires et dents de sagesse, elles portent les numéros 16 à 18 et 28 à 26 (en haut), 38 à 36 et 46 à 48 (en bas).

(11) Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil.

(12) Prothèses auditives relevant du «100% Santé» définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

(13) Sous réserve que la cure thermale soit prise en charge par le Régime Obligatoire, le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.

(14) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :

- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;

- Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;

- Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;

- Homéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;

Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.

(*) : DPTM : OPTAM/OPTAM-CO Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.

Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale,

(**) Dans la limite du contrat responsable pour les montants définis pour le panier maîtrisé.

(***) Dans la limite fixée par la réforme 100% santé.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais Réels

NB : la part Sécurité sociale indiquée est celle du régime général (ne concerne pas le régime Alsace-Moselle)

HLF : Honoraires limites de facturation

PLV : Prix limite de vente

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

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 969500YZ86NRB0ATRB28. 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 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

2022-12 - Réalisation MCVYV - commercial- Document imprimé en France