VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Prestations en vigueur au 1er janvier 2021

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale (ainsi que celles versées par le régime complémentaire de BASE s'agissant des options 1 et 2), dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Régime conventionnel	BASE OBLIGATOIRE	BASE + OPTION 1 FACULTATIVE	BASE + OPTION 2 FACULTATIVE
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	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) Autres honoraires	220% BR	220% BR	300% BR
Non signataires DPTM : Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	200% BR	200% BR	200% BR
Transport remboursé Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour :	100% FR	100% FR	100% FR
Conventionnée jour / nuit (avec nuitée)	limité à 2% PMSS	limité à 2% PMSS	limité à 3% PMSS
Conventionnée de jour (sans nuitée)	limité à 1% du PMSS	limité à 1% du PMSS	limité à 1,5% du PMSS
Personne accompagnante :	100% FR	100% FR	100% FR
Conventionné	limité à 1,5% PMSS / jour	limité à 1,5% PMSS / jour	limité à 3% PMSS / jour

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ (suite)

Prestations en vigueur au 1er janvier 2021

Régime conventionnel

	BASE OBLIGATOIRE	BASE + OPTION 1 FACULTATIVE	BASE + OPTION 2 FACULTATIVE
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux remboursés Ss			
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non d'un DPTM	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	220% BR	220% BR	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes non signataires d'un DPTM	200%BR	200% BR	200% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	170% BR	170% BR	170% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires d'un DPTM	150% BR	150% BR	150% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	150%BR	150%BR	170%BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires d'un DPTM	130%BR	130%BR	150% BR
Honoraires médicaux non remboursés Ss			
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue)	25€/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire
Médicaments et Pharmacie			
Médicaments Remboursés Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie (hors médicaments) Remboursée Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens			
Analyses et examens de laboratoire Analyses et examens de biologie médicale remboursés Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	100% BR	100% BR	100% BR
Appareillages et accessoires médicaux			
Matériel médical Orthopédie et autres prothèses ou appareillages remboursés Ss (hors dentaires, auditifs et d'optique)	200% BR	200% BR	200% BR
Transport remboursé Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR

AIDES AUDITIVES						
	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)
Aides auditives remboursées Ss, dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment) (****)	100% FR dans la limite des PLV	20% PMSS par oreille (au minimum 100% BR)	100% FR dans la limite des PLV	20% PMSS par oreille (au minimum 100% BR)	100% FR dans la limite des PLV	1 700 € par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (*)	100% BR		100% BR		100% BR	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la règlementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1700 € RSS inclus au 01.01.2021).
(****) Toutefois, jusqu'au 31.12.2020, un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R 165-24 du code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :
- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment),
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ (suite)

Prestations en vigueur au 1er janvier 2021

Régime conventionnel

	BASE OBLIGATOIRE		BASE + OPTION 1 FACULTATIVE		BASE + OPTION 2 FACULTATIVE	
OPTIQUE						
Equipements (1 monture / 2 verres)	**Equipements 100 % santé (*)**	**Equipements Libres (**)**	**Equipements 100 % santé (*)**	**Equipements Libres (**)**	**Equipements 100 % santé (*)**	**Equipements Libres (**)**
Verres et monture (***)	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Base	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Option 1	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Option 2
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique						
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) (*)	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A (*)	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV		10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV		10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique						
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)		3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)		6,5% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)	
Chirurgie réfractive	22% PMSS par année civile, par bénéficiaire		22% PMSS par année civile, par bénéficiaire		25% PMSS par année civile, par bénéficiaire	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris 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.
(**) 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.
(***) Conditions de renouvellement :

- La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.
- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ (suite)

Prestations en vigueur au 1er janvier 2021

Régime conventionnel

	BASE OBLIGATOIRE				BASE + OPTION 1 FACULTATIVE			BASE + OPTION 2 FACULTATIVE		
DENTAIRE										
Soins et Prothèses dentaires										
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR				100% BR			100% BR		
Soins prothétiques et prothèses dentaires remboursées par la Ss :	Panier 100% santé	Panier maîtrisé (*)		Panier libre	100 % Santé	Paniers maîtrisés (*) et libres		100 % Santé	Paniers maîtrisés (*) et libres	
Dents du sourire (**) (incisives, canines, prémolaires)	100%FR (dans la limite des HLF)	250%BR	Dans la limite de 900 € (hors RSS) par an et par bénéfi-ciaire (au-delà, garantie à 125% BR)	125%BR	100% FR (dans la limite des HLF)	325% BR	Dans la limite de 1 050€ (hors RSS) par an et par bénéfi-ciaire (au-delà, garantie à 125% BR)	100% FR (dans la limite des HLF)	450% BR	Dans la limite de 1 450 € (hors RSS) par an et par bénéfi-ciaire (au-delà, garantie à 125% BR)
Dents de fond de bouche		220%BR				250% BR			350% BR	
Inlays-core		150%BR				200% BR			200% BR	
Inlays/onlays	néant	100%BR	100%BR	-	néant	100% BR		néant	100% BR	
Orthodontie remboursée Ss	300%BR				300%BR			350% BR		
Orthodontie non remboursée Ss	250% BRR				250% BRR			250% BRR		
Prothèses dentaires non remboursées Ss	7% PMSS / an				7% PMSS / an			10% PMSS / an		
Implantologie	20% PMSS / an				22% PMSS / an			25% PMSS / an		

(*) dans la limite des HLF.
(**) Dents du sourire : ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires.
Ces dents correspondent aux numéros de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

CURES THERMALES			
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR
PRÉVENTION			
Actes de prévention définis par la règlementation	100% BR	100% BR	100% BR

SS : Sécurité sociale - BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement - BRR : Base de remboursement reconstituée
DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
€ : Euro - FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire - HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ (suite)

Prestations en vigueur au 1er janvier 2021

GRILLE OPTIQUE

	BASE OBLIGATOIRE		BASE + OPTION 1 FACULTATIVE		BASE + OPTION 2 FACULTATIVE	
UNIFOCAUX (montant par verre)	**CLASSE A**	**CLASSE B**	**CLASSE A**	**CLASSE B**	**CLASSE A**	**CLASSE B**
sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40,00 €		75,00 €		90,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50,00 €		90,00 €		100,00 €
sphère < -8 ou > +8		100,00 €		125,00 €		130,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	40,00 €	100% FR dans la limite des PLV	85,00 €	100% FR dans la limite des PLV	100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		45,00 €		85,00 €		100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55,00 €		95,00 €		110,00 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105,00 €		110,00 €		120,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	55,00 €	100% FR dans la limite des PLV	135,00 €	100% FR dans la limite des PLV	140,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		60,00 €		135,00 €		140,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70,00 €		140,00 €		150,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		120,00 €		150,00 €		160,00 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (montant par verre)	**CLASSE A**	**CLASSE B**	**CLASSE A**	**CLASSE B**	**CLASSE A**	**CLASSE B**
sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	160,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80,00 €		160,00 €		180,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €		175,00 €		200,00 €
sphère < -8 ou > +8		130,00 €		175,00 €		200,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		95,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105,00 €		190,00 €		220,00 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145,00 €		200,00 €		230,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	115,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130,00 €		190,00 €		220,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		170,00 €		200,00 €		230,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP	**CLASSE A**	**CLASSE B**	**CLASSE A**	**CLASSE B**	**CLASSE A**	**CLASSE B**
Verre neutre (montant par verre)	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coque, Enfant de moins de 6 ans)		100,00 €		100,00 €		100,00 €

Sphère = SPH / cylindre = CYL (+) / S = SPH + CYL.
PLV : Prix limite de vente fixés par décret.

TG - CCN 66-CHRS - Crédits photos © Gettyimages - Réalisation Havelis Communication - Août 2021 - Document non contractuel

CHORUM CONSEIL : 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.