

TABLEAU DES PRESTATIONS

P02385

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2023 - P02385 généré le 13/10/2022

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 %	+ 20 %	120 %
- Autres praticiens	70 %	30 %		100 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 5 %	105 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	+ 30 %	130 %
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %	+ 5 %	105 %
(*) 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 %	+ 20 %	120 %
- Autres praticiens	70 %	30 %		100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
- Autres praticiens	70 %	30 %		100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 5 %	105 %
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 5 %	105 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 5 %	105 %
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (1)(2)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(2)	60 %	40 %	+ 5 %	105 %
Piles	60 %	40 %		100 %
(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds 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.				
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 %	+ 40 %	140 %

P02385

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	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 30 %	130 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	+ 30 %	130 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (3)			1.01 % du PMSS/Nuit	1.01 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (4)			1.01 % du PMSS/Jour	1.01 % du PMSS/Jour
Frais d'accompagnant			1.01 % du PMSS/Jour	1.01 % 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, psycho-pédagogique 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) 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	100 %		+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	100 %		+ 30 %	130 %
Chambre particulière avec nuitée (3)			1.01 % du PMSS/Nuit	1.01 % du PMSS/Nuit
(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (1)(5)(6) - Monture - Verres - Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				100 % Santé 100 % Santé 100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(5)(6)(7) - Monture (8) - Par verre - Simple - Complexe - Très complexe - Supplément verres avec filtre	60 %	100 € - RO		100 €
- Simple	60 %	2.70 % du PMSS		60 % + 2.70 % du PMSS
- Complexe	60 %	2.75 % du PMSS		60 % + 2.75 % du PMSS
- Très complexe	60 %	2.75 % du PMSS		60 % + 2.75 % du PMSS
- 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 %

P02385

Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	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 (suite)				
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 6.10 % du PMSS/An	6.10 % du PMSS/An	100 % + 6.10 % du PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			6.10 % du PMSS/An	6.10 % du PMSS/An

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

(5) 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.

(6) 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).

(7) - 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.

(8) RO: Remboursement du Régime Obligatoire

DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 15 %	115 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (9)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (9)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 75 %	175 %

(*) 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, réalisés par la cellule dentaire de la mutuelle.

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

P02385

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	
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Microkinésithérapie et Acupuncture (10)(11)			85 €/An	85 €/An
<i>(10) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
<i>(11) 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.</i>				
PREVENTION				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (12)			35 €/An	35 €/An
Vaccin anti-grippal et autres vaccins (10)(13)			35 €/An	35 €/An
<i>(12) 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.</i>				
<i>(10) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
<i>(13) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
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, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- 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 01/01/2022)

TABLEAU DES PRESTATIONS

RL2385

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2023 - RL2385 généré le 13/10/2022

Régime Local	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	90 %	10 %	+ 20 %	120 %
- Autres praticiens	90 %	10 %		100 %
Actes de sages-femmes	90 %	10 %	+ 20 %	120 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	90 %	10 %	+ 5 %	105 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 30 %	130 %
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	90 %	10 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR modéré	80 %	20 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %	+ 5 %	105 %
(*) SMR: Service Médical Rendu.				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 20 %	120 %
- Autres praticiens	90 %	10 %		100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 20 %	120 %
- Autres praticiens	90 %	10 %		100 %
Examens de laboratoires	90 %	10 %	+ 5 %	105 %
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90 %	10 %	+ 5 %	105 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 5 %	105 %
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (1)(2)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(2)	90 %	10 %	+ 5 %	105 %
Piles	90 %	10 %		100 %
(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds 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.				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	90 %	10 %		100 %
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	100 %		+ 40 %	140 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	100 %		+ 30 %	130 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 30 %	130 %

RL2385

Garantie dite "responsable"

Régime Local	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)				
Chambre particulière avec nuitée (3)			1.01 % du PMSS/Nuit	1.01 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (4)			1.01 % du PMSS/Jour	1.01 % du PMSS/Jour
Frais d'accompagnant			1.30 % du PMSS/Jour	1.30 % du PMSS/Jour
<p>(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(4) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</p> <p>Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	100 %		+ 30 %	130 %
Chambre particulière avec nuitée (3)			1.01 % du PMSS/Nuit	1.01 % du PMSS/Nuit
(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (1)(5)(6)				
- Monture				100 % Santé
- Verres				100 % Santé
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(5)(6)(7)				
- Monture (8)	90 %	100 € - RO		100 €
- Par verre				
- Simple	90 %	2.70 % du PMSS		90 % + 2.70 % du PMSS
- Complexe	90 %	2.75 % du PMSS		90 % + 2.75 % du PMSS
- Très complexe	90 %	2.75 % du PMSS		90 % + 2.75 % du PMSS
- Supplément verres avec filtre	90 %	10 %		100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	90 %	10 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	90 %	10 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	90 %	10 % + 6.10 % du PMSS/An		100 % + 6.10 % du PMSS/An

RL2385

Garantie dite "responsable"

<u>Régime Local</u>	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 (suite)				
Lentilles refusées par le régime obligatoire			6.10 % du PMSS/An	6.10 % du PMSS/An

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

(5) 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.

(6) 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).

(7) - 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.

(8) RO: Remboursement du Régime Obligatoire

DENTAIRE				
Soins	90 %	10 %	+ 15 %	115 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (9)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (9)				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Inlay-Core	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Inlay-core	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100 %		+ 75 %	175 %

(*) 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, réalisés par la cellule dentaire de la mutuelle.

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

RL2385

Garantie dite "responsable"

Régime Local	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	
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Microkinésithérapie et Acupuncture (10)(11)			85 €/An	85 €/An
<i>(10) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
<i>(11) 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.</i>				
PREVENTION				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (12)			35 €/An	35 €/An
Vaccin anti-grippal et autres vaccins (10)(13)			35 €/An	35 €/An
<i>(12) 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.</i>				
<i>(10) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
<i>(13) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
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, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- 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 01/01/2022)

TABLEAU DES PRESTATIONS

P02386

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2023 - P02386 généré le 13/10/2022

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 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 55 %	155 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 75 %	175 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	+ 30 %	130 %
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %	+ 5 %	105 %
(*) 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 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 55 %	155 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 55 %	155 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire + Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux	60 %	40 %	+ 45 % 4 % du PMSS	145 % 4 % du PMSS
Achat véhicule pour personne handicapée physique + Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 45 % 4 % du PMSS	145 % 4 % du PMSS
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (1)(2)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(2) + Forfait supplémentaire (1)(2)	60 %	40 %	+ 45 % 4 % du PMSS/Appareil	145 % 4 % du PMSS/Appareil
Piles	60 %	40 %		100 %
(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds 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.				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	2 % du PMSS	100 % 2 % du PMSS

P02386

Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	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				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 110 %	210 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 120 %	220 %
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	+ 30 %	130 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (3)			1.30 % du PMSS/Nuit	1.30 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (4)			1.30 % du PMSS/Jour	1.30 % du PMSS/Jour
Frais d'accompagnement			1.30 % du PMSS/Jour	1.30 % du PMSS/Jour
<p>(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans la limite des tarifs de l'accord.</p> <p>(4) 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.</p>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 120 %	220 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (6)			1.30 % du PMSS/Nuit	1.30 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (5)			7.50 % du PMSS/An	7.50 % du PMSS/An
<p>(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(5) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				

P02386

Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	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 (1)(7)(8)				100 % Santé
- Monture				100 % Santé
- Verres				100 % Santé
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(7)(8)(9)				100 €
- Monture (10)	60 %	100 € - RO		100 €
- Par verre				
- Simple	60 %	3.50 % du PMSS		60 % + 3.50 % du PMSS
- Complexe	60 %	3.75 % du PMSS		60 % + 3.75 % du PMSS
- Très complexe	60 %	3.75 % du PMSS		60 % + 3.75 % du PMSS
- 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 % + 8 % du PMSS/An		100 % + 8 % du PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			8 % du PMSS/An	8 % du PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			8.20 % du PMSS/Oeil	8.20 % du PMSS/Oeil
<p>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(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.</p> <p>(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).</p> <p>(9) - Verres simples :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.</p> <p>- Verres complexes :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.</p> <p>- Verres très complexes :</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(10) RO: Remboursement du Régime Obligatoire</p>				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (11)				100 % Santé

P02386

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	
DENTAIRE (suite)				
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (11)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (12)			+ 185 %	185 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 130 %	230 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			+ 130 %	130 %
(*) 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.				
(11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.				
(12) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Microkinésithérapie et Acupuncture (13)(14)			140 €/An	140 €/An
(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°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.				
PREVENTION				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (15)(16)			120 €/An	120 €/An
Vaccin anti-grippal et autres vaccins (13)(16)(17)			120 €/An	120 €/An
(15) Prise en charge des substituts nicotiques (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.				
(16) Forfait global de 120 € par année civile et par bénéficiaire : comprend le sevrage tabagique, le vaccin anti-grippal et les autres vaccins non remboursés par le régime obligatoire.				
(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
(17) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.				

P02386

Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	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	
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, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- 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 01/01/2022)

TABLEAU DES PRESTATIONS

RL2386

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2023 - RL2386 généré le 13/10/2022

Régime Local	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	90 %	10 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 55 %	155 %
Actes de sages-femmes	90 %	10 %	+ 75 %	175 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 30 %	130 %
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	90 %	10 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR modéré	80 %	20 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %	+ 5 %	105 %
(*) SMR: Service Médical Rendu.				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 55 %	155 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 75 %	175 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 55 %	155 %
Examens de laboratoires	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire + Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux	90 %	10 %	+ 45 % 4 % du PMSS	145 % 4 % du PMSS
Achat véhicule pour personne handicapée physique + Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 45 % 4 % du PMSS	145 % 4 % du PMSS
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (1)(2)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(2) + Forfait supplémentaire (1)(2)	90 %	10 %	+ 45 % 4 % du PMSS/Appareil	145 % 4 % du PMSS/Appareil
Piles	90 %	10 %		100 %
(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds 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.				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	90 %	10 %	2 % du PMSS	100 % 2 % du PMSS
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	100 %		+ 110 %	210 %

RL2386

Garantie dite "responsable"

Régime Local	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 - Autres praticiens	100 % 100 %		+ 120 % + 100 %	220 % 200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 30 %	130 %
Chambre particulière avec nuitée (3)			1.30 % du PMSS/Nuit	1.30 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (4)			1.30 % du PMSS/Jour	1.30 % du PMSS/Jour
Frais d'accompagnant			1.30 % du PMSS/Jour	1.30 % du PMSS/Jour
<p>(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans la limite des tarifs de l'accord. (4) 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.</p>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens	100 % 100 %		+ 120 % + 100 %	220 % 200 %
Chambre particulière avec nuitée (6)			1.30 % du PMSS/Nuit	1.30 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (5)			7.50 % du PMSS/An	7.50 % du PMSS/An
<p>(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (5) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (1)(7)(8) - Monture - Verres - Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				100 % Santé 100 % Santé 100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(7)(8)(9) - Monture (10) - Par verre - Simple - Complexe - Très complexe - Supplément verres avec filtre	90 % 90 % 90 % 90 % 90 %		100 € - RO 3.50 % du PMSS 3.75 % du PMSS 3.75 % du PMSS 10 %	100 € 90 % + 3.50 % du PMSS 90 % + 3.75 % du PMSS 90 % + 3.75 % du PMSS 100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	90 %		10 %	100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	90 %		10 %	100 %

RL2386

Garantie dite "responsable"

<u>Régime Local</u>	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 (suite)				
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	90 %	10 % + 8 % du PMSS/An		100 % + 8 % du PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			8 % du PMSS/An	8 % du PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			8.20 % du PMSS	8.20 % du PMSS
<p>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(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.</p> <p>(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).</p> <p>(9) - Verres simples :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.</p> <p>- Verres complexes :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.</p> <p>- Verres très complexes :</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(10) RO: Remboursement du Régime Obligatoire</p>				
DENTAIRE				
Soins	90 %	10 %	+ 80 %	180 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (11)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (11)				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-Core	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 80 %	180 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-core	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 80 %	180 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (12)			+ 185 %	185 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100 %		+ 130 %	230 %

RL2386

Garantie dite "responsable"

Régime Local	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	
DENTAIRE (suite)				
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			+ 130 %	130 %
<p>(*) Les remboursements de la mutuelle :</p> <p>- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),</p> <p>- 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.</p> <p>(11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</p> <p>(12) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.</p>				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Microkinésithérapie et Acupuncture (13)(14)			140 €/An	140 €/An
<p>(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(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°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.</p>				
PREVENTION				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (15)(16)			120 €/An	120 €/An
Vaccin anti-grippal et autres vaccins (13)(16)(17)			120 €/An	120 €/An
<p>(15) Prise en charge des substituts nicotiques (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.</p> <p>(16) Forfait global de 120 € par année civile et par bénéficiaire : comprend le sevrage tabagique, le vaccin anti-grippal et les autres vaccins non remboursés par le régime obligatoire.</p> <p>(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(17) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</p>				
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, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- 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 01/01/2022)

TABLEAU DES PRESTATIONS

P02387

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2023 - P02387 généré le 13/10/2022

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 %	+ 150 %	250 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 90 %	190 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	+ 95 %	195 %
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %	+ 5 %	105 %
(*) 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 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 90 %	190 %
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire + Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux	60 %	40 %	+ 70 % 6 % du PMSS	170 % 6 % du PMSS
Achat véhicule pour personne handicapée physique + Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 70 % 6 % du PMSS	170 % 6 % du PMSS
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (1)(2)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(2) + Forfait supplémentaire (1)(2)	60 %	40 %	+ 70 % 6 % du PMSS/Appareil	170 % 6 % du PMSS/Appareil
Piles	60 %	40 %		100 %
(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds 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.				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	7 % du PMSS	100 % 7 % du PMSS

P02387

Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	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				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	+ 95 %	195 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (3)			2.50 % du PMSS/Nuit	2.50 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (4)			2.50 % du PMSS/Jour	2.50 % du PMSS/Jour
Frais d'accompagnement			2 % du PMSS/Jour	2 % du PMSS/Jour
<p>(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans la limite des tarifs de l'accord.</p> <p>(4) 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.</p>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (6)			2.50 % du PMSS/Nuit	2.50 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (5)			12 % du PMSS/An	12 % du PMSS/An
<p>(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(5) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				

P02387

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 (1)(7)(8)				100 % Santé
- Monture				100 % Santé
- Verres				100 % Santé
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(7)(8)(9)				100 €
- Monture (10)	60 %	100 € - RO		100 €
- Par verre				
- Simple	60 %	4.70 % du PMSS		60 % + 4.70 % du PMSS
- Complexe	60 %	7.10 % du PMSS		60 % + 7.10 % du PMSS
- Très complexe	60 %	7.10 % du PMSS		60 % + 7.10 % du PMSS
- 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 % + 10 % du PMSS/An		100 % + 10 % du PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			10 % du PMSS/An	10 % du PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			15 % du PMSS/Oeil	15 % du PMSS/Oeil
<p>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(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.</p> <p>(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).</p> <p>(9) - Verres simples :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.</p> <p>- Verres complexes :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.</p> <p>- Verres très complexes :</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(10) RO: Remboursement du Régime Obligatoire</p>				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (11)				100 % Santé

P02387

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	
DENTAIRE (suite)				
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (11)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 250 %	350 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 250 %	350 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 250 %	350 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 250 %	350 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 250 %	350 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 250 %	350 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (12)			+ 300 %	300 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			+ 150 %	150 %
Implantologie (13)			7 % du PMSS/An	7 % 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 contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.				
(11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.				
(12) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.				
(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Microkinésithérapie et Acupuncture (13)(14)			170 €/An	170 €/An
(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° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.				
PREVENTION				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (15)(16)			220 €/An	220 €/An
Vaccin anti-grippal et autres vaccins (13)(16)(17)			220 €/An	220 €/An
(15) Prise en charge des substituts nicotiques (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.				
(16) Forfait global de 220 € par année civile et par bénéficiaire : comprend le sevrage tabagique, le vaccin anti-grippal et les autres vaccins non remboursés par le régime obligatoire.				
(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
(17) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.				

P02387

Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	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	
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, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- 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 01/01/2022)

TABLEAU DES PRESTATIONS

RL2387

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2023 - RL2387 généré le 13/10/2022

Régime Local	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	90 %	10 %	+ 150 %	250 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
Actes de sages-femmes	90 %	10 %	+ 150 %	250 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	90 %	10 %	+ 90 %	190 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 95 %	195 %
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	90 %	10 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR modéré	80 %	20 %	+ 5 %	105 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %	+ 5 %	105 %
(*) SMR: Service Médical Rendu.				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 90 %	190 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 90 %	190 %
Examens de laboratoires	90 %	10 %	+ 90 %	190 %
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire + Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux	90 %	10 %	+ 70 % 6 % du PMSS	170 % 6 % du PMSS
Achat véhicule pour personne handicapée physique + Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 70 % 6 % du PMSS	170 % 6 % du PMSS
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (1)(2)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(2) + Forfait supplémentaire (1)(2)	90 %	10 %	+ 70 % 6 % du PMSS/Appareil	170 % 6 % du PMSS/Appareil
Piles	90 %	10 %		100 %
(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds 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.				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	90 %	10 %	7 % du PMSS	100 % 7 % du PMSS
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	100 %		+ 200 %	300 %

RL2387

Garantie dite "responsable"

Régime Local	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	100 %		+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %		+ 95 %	195 %
Chambre particulière avec nuitée (3)			2.50 % du PMSS/Nuit	2.50 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (4)			2.50 % du PMSS/Jour	2.50 % du PMSS/Jour
Frais d'accompagnant			2 % du PMSS/Jour	2 % du PMSS/Jour
<p>(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans la limite des tarifs de l'accord.</p> <p>(4) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</p> <p>Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (6)			2.50 % du PMSS/Nuit	2.50 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (5)			12 % du PMSS/An	12 % du PMSS/An
<p>(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(5) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (1)(7)(8) - Monture - Verres - Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				100 % Santé 100 % Santé 100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(7)(8)(9) - Monture (10)	90 %		100 € - RO	100 €
- Par verre				
- Simple	90 %		4.70 % du PMSS	90 % + 4.70 % du PMSS
- Complexe	90 %		7.10 % du PMSS	90 % + 7.10 % du PMSS
- Très complexe	90 %		7.10 % du PMSS	90 % + 7.10 % du PMSS
- Supplément verres avec filtre	90 %		10 %	100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	90 %		10 %	100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	90 %		10 %	100 %

RL2387

Garantie dite "responsable"

<u>Régime Local</u>	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 (suite)				
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	90 %	10 % + 10 % du PMSS/An		100 % + 10 % du PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			10 % du PMSS/An	10 % du PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			15 % du PMSS	15 % du PMSS
<p>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(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.</p> <p>(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).</p> <p>(9) - Verres simples :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.</p> <p>- Verres complexes :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.</p> <p>- Verres très complexes :</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(10) RO: Remboursement du Régime Obligatoire</p>				
DENTAIRE				
Soins	90 %	10 %	+ 110 %	210 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (11)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (11)				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 250 %	350 %
- Inlay-Core	90 %	10 %	+ 250 %	350 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 110 %	210 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 250 %	350 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 250 %	350 %
- Inlay-core	90 %	10 %	+ 250 %	350 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 110 %	210 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 250 %	350 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (12)			+ 300 %	300 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100 %		+ 200 %	300 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			+ 150 %	150 %

RL2387

Garantie dite "responsable"

Régime Local	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	
DENTAIRE (suite)				
Implantologie (13)			7 % du PMSS/An	7 % du PMSS/An
<p>(*) Les remboursements de la mutuelle :</p> <p>- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),</p> <p>- 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.</p> <p>(11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</p> <p>(12) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.</p> <p>(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p>				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Microkinésithérapie et Acupuncture (13)(14)			170 €/An	170 €/An
<p>(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(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°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.</p>				
PREVENTION				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (15)(16)			220 €/An	220 €/An
Vaccin anti-grippal et autres vaccins (13)(16)(17)			220 €/An	220 €/An
<p>(15) Prise en charge des substituts nicotiques (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.</p> <p>(16) Forfait global de 220 € par année civile et par bénéficiaire : comprend le sevrage tabagique, le vaccin anti-grippal et les autres vaccins non remboursés par le régime obligatoire.</p> <p>(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(17) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</p>				
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, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- 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 01/01/2022)