

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Prestations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026

NATURE DES FRAIS	Les garanties exprimées incluent le remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels	
	SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	OPTION + SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE
HOSPITALISATION (y compris en cas de maternité)		
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	300% BR
- Autres praticiens	180% BR	200% BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée ⁽¹⁾	60€/Nuit	80€/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire ⁽²⁾	60€/Jour	80€/Jour
Frais d'accompagnant ⁽³⁾	50€/Jour	75€/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.		
Indemnité de naissance par enfant ⁽⁴⁾	200 €	600 €
SOINS COURANTS - HONORAIRES MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX		
Consultations, visites : généralistes		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	250% BR
- Autres praticiens	130% BR	200% BR
Consultations, visites : spécialistes		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	250% BR
- Autres praticiens	180% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux et psychologue		
Actes de sages-femmes	150% BR	250% BR
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	150% BR	250% BR
Consultations psychologues non remboursables par le RO	50€ / Séance limité à 4 séances / an / bénéficiaire	60€ / Séance limité à 6 séances / an / bénéficiaire
Actes techniques médicaux et d'échographie		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	250% BR
- Autres praticiens	130% BR	200% BR
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	250% BR
- Autres praticiens	130% BR	200% BR
SOINS COURANTS - MEDICAMENTS		
Médicaments à Service Médical Rendu important	100% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu faible	100% BR	100% BR
Médicaments et vaccins prescrits et non remboursables ⁽⁵⁾	50 € / An / bénéficiaire	100 € / An / bénéficiaire

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026



NATURE DES FRAIS	Les garanties exprimées incluent le remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels	
	SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	OPTION + SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE
SOINS COURANTS - ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		
Examens de laboratoires	200% BR	250% BR
SOINS COURANTS - MATERIEL MEDICAL		
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	150% BR	250% BR
Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux prescrits et non remboursables par le RO	100€/an	300€/an
Véhicule pour personne en situation de handicap : location courte durée ⁽⁶⁾	100% Santé	100% Santé
Prothèse capillaire 100 % Santé ⁽⁶⁾	100% Santé	100% Santé
AIDES AUDITIVES		
Equipement 100 % Santé ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	100 % Santé	100 % Santé
Equipement à tarif libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	200% BR et limité à 1700€ (y compris RSS) par appareil	325% BR et limité à 1700€ (y compris RSS) par appareil
Piles et autres consommables remboursables par le RO	200% BR	250% BR
OPTIQUE		
Equipement 100 % Santé⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾		
- Monture	100 % Santé	100 % Santé
- Verres	100 % Santé	100 % Santé
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre	100 % Santé	100 % Santé
Equipement à tarif libre⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾		
- Monture	100 €	100 €
- Par verre	Cf. grille optique	Cf. grille optique
- Supplément verres avec filtre	100 %	100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	100 %	100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100 %	100 %
Lentilles acceptées ou refusées par le RO	100% BR + 100 €/an	100% BR + 150 €/an
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire ⁽¹²⁾	600 €/Oeil	800 €/Oeil
DENTAIRE		
Soins	180% BR	250% BR
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹³⁾	100 % Santé	100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés⁽¹³⁾		
- Prothèses fixes	250% BR	420% BR
- Inlay-core	250% BR	420% BR
- Prothèses transitaires	250% BR	420% BR
- Inlay onlay	250% BR	350% BR
- Prothèses amovibles	250% BR	420% BR

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026



NATURE DES FRAIS	Les garanties exprimées incluent le remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels	
	SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	OPTION + SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE
DENTAIRE suite		
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres		
- Prothèses fixes	250% BR	420% BR
- Inlay-core	250% BR	420% BR
- Prothèses transitoires	250% BR	420% BR
- Inlay onlay	250% BR	350% BR
- Prothèses amovibles	250% BR	420% BR
Prothèses dentaires non remboursées RO	161,25€ / acte	268,75€ / acte
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	280% BR	420% BR
Orthodontie refusée par le RO / semestre	200% BR reconstituée	420% BR reconstituée
Implantologie non remboursable par le RO ⁽¹⁴⁾	500 € / implant limité à 3 implants / an / bénéficiaire	1000 € / implant limité à 3 implants / an / bénéficiaire
Parodontologie non remboursable par le RO ⁽¹⁵⁾	100 € / An / Bénéficiaire	200 € / An / Bénéficiaire
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		
CURES THERMALES acceptées par le RO		
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 % BRSS	65 % ou 70 % BRSS
+ Forfait supplémentaire	395 € / An	590 € / An
MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES		
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathes, Acupuncture, Sophrologie, Hypnose médicale, Consultations diététiciens, Pédicurie, Consultations pédicure/podologue ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾	55 € / séance limité à 4 séances / an / bénéficiaire	55 € / séance limité à 6 séances / an / bénéficiaire
CONTRACEPTION		
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire ⁽¹⁶⁾	70 €/An	100 €/An
PRÉVENTION		
Traitements des addictions non remboursé SS (tabac, alcool) ⁽¹⁸⁾	-	50 € / An / Bénéficiaire
HARMONIE SANTÉ SERVICES		
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Oui	Oui

(1) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(2) 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.

(3) Concernant uniquement les frais de repas et / ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie. Pour enfant de moins de 16 ans.

(4) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption.

(5) Sur présentation de la prescription médicale.

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

(7) 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.

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

(9) 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.

(10) 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).

(11) - 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 égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026



(12) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétrie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

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

(14) Prise en charge uniquement de la pose d'un implant intra-osseux.

(15) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).

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

(17) 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. Étiopathie : étiopathes diplômés et admis au registre national des étiopathes.

(18) Prise en charge 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°ADÉLI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

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.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale)
 - déduction des franchises médicales (visées à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale)
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle du lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement santé (Forfait Patient Urgence).
- Les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (cotés DE par les professionnels de santé) ne sont pas pris en charge.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.

LEXIQUE

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAM-CO).

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée ; **OPTAM-CO** : Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens ;

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale ; **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale ; **TM** : Ticket modérateur ; HAS : Haute Autorité de Santé ;

HLF : honoraires limites de facturation ; **PLV** : Prix limites de vente ; **FR** : Frais réels ; **SS** : Sécurité sociale ; **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale ; **RO** : Régime Obligatoire (de la Sécurité Sociale).

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026



**Grilles Optiques : Verres hors 100% Santé (Classe B).
Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (RSS) / verre (**)**

	SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	OPTION + SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE
UNIFOCAL SPHÉRIQUE		
- Sphère de -6 à + 6 dioptries	75€	106€
- Sphère < à -6 ou > à + 6 dioptries	114€	157€
UNIFOCAL SPHÉRO-CYLINDRIQUE		
- Sphère de -6 à 0 et cylindre <= à + 4 dioptries	87€	118€
Sphère > 0 et somme (sphère + cylindre) <= à +6 dioptries	87€	118€
Sphère > 0 et somme (sphère + cylindre) > à +6 dioptries	126€	165€
- Sphère < à -6 et cylindre >= à 0,25 dioptrie	138€	189€
- Sphère de -6 à 0 et cylindre > à + 4 dioptries	126€	165€
MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHÉRIQUE		
- Sphère de -4 à + 4 dioptries	157€	212€
- Sphère < à -4 ou > à + 4 dioptries	177€	240€
MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHÉRO-CYLINDRIQUE		
- Sphère de -8 à 0 et cylindre <= à + 4 dioptries	197€	263€
Sphère > 0 et somme (sphère + cylindre) <= à +8 dioptries	197€	263€
- Sphère de -8 à 0 et cylindre > à + 4 dioptries	212€	291€
Sphère > 0 et somme (sphère + cylindre) > à 8 dioptrie	212€	291€
- Sphère < à-8 et cylindre >= à 0,25 dioptrie	212€	291€

(**) un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

► **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.

TAUX DE COTISATIONS DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Cotisations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026

(En % du PMSS - Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

L'employeur doit souscrire au socle conventionnel obligatoire et il peut aussi choisir de renforcer les garanties par l'adhésion à l'option à titre obligatoire pour l'ensemble des salariés.

Le salarié a la possibilité d'améliorer sa garantie selon le choix fait par l'employeur.

Le régime prévoit également la possibilité de faire adhérer le conjoint non couvert de façon obligatoire.

RÉGIME GÉNÉRAL	Isolé ⁽¹⁾⁽⁴⁾	Famille ⁽²⁾⁽⁴⁾ (salarié avec ayants droit affiliés à titre obligatoire)	Conjoint affilié à titre facultatif ⁽³⁾
Socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	2,058%	3,840%	2,243%
Option obligatoire ou facultative en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,690%	1,087%	0,834%

RÉGIME ALSACE MOSELLE	Isolé ⁽¹⁾⁽⁴⁾	Famille ⁽²⁾⁽⁴⁾ (salarié avec ayants droit affiliés à titre obligatoire)	Conjoint affilié à titre facultatif ⁽³⁾
Socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	1,272%	2,420%	1,385%
Option obligatoire ou facultative en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,617%	0,953%	0,688%

* PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

(1) Salarié «isolé» : salarié célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps, sans enfant à charge

(2) Salarié «Famille» : salarié ayant de(s) enfant(s) à charge et/ou un conjoint (concubin ou pacsé) dont le revenu annuel brut est inférieur à 20% du plafond annuel de la Sécurité sociale

(3) Conjoint affilié à titre facultatif : conjoint (concubin ou pacsé) dont le revenu annuel brut est supérieur ou égal à 20% du plafond annuel de la Sécurité sociale

(4) Degré élevé de solidarité : Prise en charge de 50% de la part salariale de la cotisation des salariés en contrat de professionnalisation et d'apprentissage

► 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.

ADHÉSION

Plusieurs schémas d'adhésion sont possibles selon les besoins de l'employeur et des salariés :

- 1. En tant qu'employeur vous choisissez le niveau de garanties du contrat collectif obligatoire que vous souhaitez mettre en place. Les salariés seront couverts seul, ou avec leur enfant ainsi que le conjoint (concubin ou pacsé) dont le revenu annuel brut est inférieur à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.
- 2. En fonction du choix retenu par l'employeur, chaque salarié a la possibilité d'améliorer ses garanties et d'étendre sa couverture frais de santé à ses ayants droit dans le cadre d'une couverture facultative. La cotisation afférente est à la charge exclusive du salarié.



La cotisation du conjoint facultative et des options facultatives peut être appelée via l'employeur (au choix de la structure).

Le règlement par le compte bancaire du salarié est également possible (choix de l'entreprise).

➤ 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.