

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026

➤ Régime général

GARANTIES	Base (R1) (Sécurité sociale incluse)	Option 1 (R2) (Base incluse)	Option 2 (R3) (Base incluse)
HOSPITALISATION – MÉDICALE ET CHIRURGICALE			
Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour	130% BR	150% BR	180% BR
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie OPTAM/OPTAM-ACO	150% BR	190% BR	200% BR
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie Hors OPTAM/OPTAM-ACO	120% BR	150% BR	180% BR
Forfait hospitalier et psychiatrique, y compris forfait patient urgence (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% forfait
Chambre particulière limité à 30 jours	-	30€/j	40€/j
Frais accompagnant (pour enfant jusqu'à 12 ans) ⁽⁴⁾	-	30€/j	40€/j
Transport pris en charge par la S.S. ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	100% BR
SOINS COURANTS			
Visites, Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-ACO	120% BR	130% BR	130% BR
Visites, Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100% BR	100% BR	100% BR
Visites, Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-ACO	150% BR	175% BR	200% BR
Visites, Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-ACO	120% BR	130% BR	180% BR
Consultations de psychologues remboursés par la S.S. (12 séances par année civile et par bénéficiaire) ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie OPTAM	150% BR	175% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie non OPTAM	120% BR	130% BR	180% BR
Actes de chirurgie et techniques médicaux OPTAM	150% BR	175% BR	200% BR
Actes de chirurgie et techniques médicaux non OPTAM	120% BR	130% BR	180% BR
PHARMACIE			
(SMR majeur/important, modéré, faible)	100% BR	100% BR	100% BR

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



► Régime général suite

GARANTIES	Base (R1) (Sécurité sociale incluse)	Option 1 (R2) (Base incluse)	Option 2 (R3) (Base incluse)
OPTIQUE			
Equipement 100% santé			
Equipement de classe A (monture + verres) y compris prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de refraction différents et/ou suppléments pour verres avec filtres	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV		
Equipement libres Réseau partenaire (dont maximum 100€ pour la monture)			
Equipement avec 2 verres simples	150 €	160 €	210 €
Equipement avec 2 verres complexes	285 €	330 €	420 €
Equipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe	230 €	240 €	320 €
Equipement libre Hors réseau (dont maximum 100€ pour la monture)			
Equipement avec 2 verres simples	120 €	120 €	140 €
Equipement avec 2 verres complexes	220 €	220 €	250 €
Equipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe	170 €	170 €	180 €
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A et B	100% BR dans la limite des PLV		
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles prises en charge ou non par la S.S. ou jetables	100% BR ou 0% BR + 70 €/an	100% BR ou 0% BR + 150 €/an	100% BR ou 0% BR + 200 €/an
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Soins et prothèses dentaires 100% Santé			
Prothèses dentaires prises en charge par la S.S.	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la S.S dans la limite des HLF		
Panier maîtrisé			
Inlay-Onlay	160% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF
Prothèses dentaires prises en charge par la S.S.	175% BR	200% BR	270% BR
Panier libre			
Inlay-Onlay	160% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale	175% BR	200% BR	270% BR
Autres actes dentaires			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale	160% BR	200% BR	270% BR

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



➤ Régime général suite

GARANTIES	Base (R1) (Sécurité sociale incluse)	Option 1 (R2) (Base incluse)	Option 2 (R3) (Base incluse)
AIDE AUDITIVE			
Équipement 100% Santé (équipement de classe I)	Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans		
Aides auditives remboursées par la S.S.	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la S.S dans la limite des HLF		
Équipement libre (équipement de classe II)	Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable		
Prothèses auditives prise en charge par la S.S.	130% BR	160% BR	220% BR
Piles remboursées par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES ⁽³⁾			
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	oui	oui	oui
Ostéopathie	25€/séance limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	25€/séance limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	25€/séance limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Ergothérapeutes et psychomotriciens (pour les enfants tels que définis dans les conditions générales)	50 € / séance limité à 3 séances / an	50 € / séance limité à 3 séances / an	50 € / séance limité à 3 séances / an
Orthopédie et autres prothèses prise en charge par la SS (hors capillaire, dentaire, auditif et optique)	130% BR	160% BR	220% BR
Véhicule pour personne en situation de handicap : location courte durée (**)	Panier 100% santé	Panier 100% santé	Panier 100% santé
Prothèse capillaire 100% santé (**)	Panier 100% santé	Panier 100% santé	Panier 100% santé
Prothèse capillaire à tarif maîtrisé ou à tarif libre (**)	130% BR	160% BR	220% BR

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale – **FR** : Frais Réels – **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée – **OPTAM-ACO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **S.S.** : Sécurité sociale – **TM** : Ticket Modérateur.

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

(1) Ambulance ou taxi conventionné, hors SMUR.

(2) Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien psy (<https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>)

(3) Professionnels de santé réglementés : praticien justifiant d'un numéro ADELI. Professionnels de santé non réglementés : praticien inscrit à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif) de son aptitude professionnelle.

(4) Concernent 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.

Les équipements 100% Santé et les prestations supplémentaires y afférentes sont ceux définis réglementairement. Les équipements libre ou relevant du panier maîtrisé sont tels que définis réglementairement.

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et incluent le remboursement de la Sécurité Sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué (sauf prestations exprimées en euros).

Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

TAUX DE COTISATIONS DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Cotisations en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2025

En % du PMSS

L'employeur doit souscrire la base conventionnelle obligatoire (R1) il peut aussi choisir de renforcer les garanties par l'adhésion à une option pour l'ensemble des salariés (R2 ou R3).

Le salarié a la possibilité d'étendre à ses ayants droit et/ou améliorer sa garantie selon le choix fait par l'employeur.

		RÉGIME GÉNÉRAL			RÉGIME LOCAL		
		Salarié	Facultatif		Salarié	Facultatif	
			Conjoint	Enfant ⁽²⁾		Conjoint	Enfant ⁽²⁾
OBLIGATOIRE salarié Régime conventionnel R1 (minimum conventionnel)		0,96%	1,16%	0,64%	0,61%	0,76%	0,42%
FACULTATIF salarié	+ Option R2	+0,30%	+0,32%	+0,18%	+0,21%	+0,23%	+0,12%
	+ Option R3	+0,48%	+0,51%	+0,30%	+0,36%	+0,38%	+0,23%
OBLIGATOIRE salarié Régime conventionnel R1 + Option R2		1,22%	1,44%	0,80%	0,80%	0,96%	0,52%
FACULTATIF salarié	+ Option R3	+0,18%	+0,19%	+0,12%	+0,16%	+0,16%	+0,10%
OBLIGATOIRE salarié Régime conventionnel R1 + Option R3		1,38%	1,61%	0,90%	0,92%	1,09%	0,62%

(1) PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale. Valeur fixée au 01/01 de chaque année (www.pmss.fr)

(2) Gratuité à partir du 3^e enfant

► MGEN :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 775 685 399. LEI 9695002XFD-DIA8FN1325.
Siège social : 3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15.

► 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.

Le contrat est coassuré par
Harmonie Mutuelle et MGEN.
Organismes présentés dans les conditions générales
et la notice d'information.