

Votre garantie adhérents en activité

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2016

Régime général

Soins médicaux et paramédicaux

Consultations, visites : généralistes et spécialistes	
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %
Actes de sages-femmes	70 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %

Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)

Médicaments à SMR important	65 %
Médicaments à SMR modéré	30 %
Médicaments à SMR faible	15 %

Analyses et examens

Actes techniques médicaux et d'échographie					
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	-	+ 60 %	+ 150 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	-	+ 40 %	+ 100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée					
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	-	-	+ 60 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	-	-	+ 40 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	-	-	+ 50 %

Appareillages et accessoires médicaux

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	-	+ 40 %	+ 110 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	-	+ 40 %	+ 110 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives			200 €/An	300 €/An	400 €/An
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		-	+ 40 %	+ 110 %

Cures thermales

Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	-	-	-
+ Forfait supplémentaire			-	125 €	150 €

Hospitalisation

Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	-	-	-
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)					
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 150 %	+ 150 %	+ 150 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %	-	-	-
Forfait journalier hospitalier	-	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée ⁽¹⁾⁽²⁾	-	-	40 €/Nuit	40 €/Nuit	60 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire ⁽³⁾	-	-	15 €/Jour	15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	-	-	35 €/Jour	35 €/Jour	50 €/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.

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

(2) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.

(3) 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.

Maternité

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique					
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 150 %	+ 150 %	+ 150 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %
Indemnité de naissance ⁽⁴⁾			10 % du PMSS	15 % du PMSS	20 % du PMSS

(4) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)

Remboursement mutuelle*

Au titre du ticket modérateur et dans la limite de

au titre des forfaits et dépassements dans la limite de

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

Votre garantie adhérents en activité (suite)

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2016

Régime général

Optique

Enfant (moins de 18 ans) ⁽⁵⁾

Monture	60 %
Par verre	
- Simple	60 %
- Complexe	60 %
- Très complexe	60 %

Adulte (18 ans et plus) ⁽⁵⁾

Monture	60 %
Par verre	
- Simple	60 %
- Complexe	60 %
- Très complexe	60 %

Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %
-----------------------------------------------	------

Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil

⁽⁵⁾ Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00.

La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

Dentaire

Soins	70 %
-------	------

Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire

- Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires)	70 %
- Inlays-Core	70 %
- Autres prothèses	70 %

+ Forfait supplémentaire prothèses remboursables

Y compris les Inlays.

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%
------------------------------------------------	-------------

Implantologie ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

⁽⁶⁾ Prise en charge liée à l'ostéo-intégration.

⁽⁷⁾ Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

⁽⁸⁾ Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.

Médecines douces

Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie,

Etiopathie et Acupuncture ⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

⁽⁷⁾ Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

⁽⁹⁾ Prise en charge limitée à 50€/année civile par bénéficiaire pour niveau 1 et 2 et à

75 € année civile par bénéficiaire pour niveau 3.

⁽¹⁰⁾ Etiopathie : étiopathes diplômés et admis au registre national des étiopathes.

Prévention

Equilibre alimentaire - Diététique ⁽⁷⁾⁽¹¹⁾

Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) ⁽⁷⁾

Vaccin anti-grippal ⁽⁷⁾

Autres vaccins (selon liste) ⁽⁷⁾

⁽⁷⁾ Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

⁽¹¹⁾ Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.

Harmonie Santé Services

Assistance santé et assistance à l'étranger

(voir notice d'information)

Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)

Remboursement mutuelle*

Au titre du ticket modérateur et dans la limite de

au titre des forfaits et dépassements dans la limite de

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

		+ 70 €	+ 120 €	+ 120 €
		+ 130 €	+ 130 €	+ 130 €
		+ 195 €	+ 195 €	+ 195 €
		+ 250 €	+ 250 €	+ 250 €
		+ 80 €	+ 110 €	+ 110 €
		+ 70 €	+ 115 €	+ 115 €
		+ 80 €	+ 145 €	+ 280 €
		+ 90 €	+ 160 €	+ 280 €
	40 %	+ 70 €/An	+ 100 €/An	+ 150 €/An
		-	250 €/Oeil	350 €/Oeil
	30 %	-	-	-
	30 %	+ 50 %	+ 110 %	+ 120 %
				+ 500 €/An
	30 %	+ 50 %	+ 110 %	+ 120 %
				+ 500 €/An
	30 %	+ 50 %	+ 110 %	+ 120 %
				+ 300 €/An
		150 €/An	300 €/an	-
	30 %	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
		-	150 €/Implant	300 €/Implant
		25 €/Séance	25 €/Séance	25 €/Séance
		-	-	50 €/An
		-	50 €/An	50 €/An
		Frais réels	Frais réels	Frais réels
		20 €/An	20 €/An	20 €/An
		Oui	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.

- 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 (3218 € au 01/01/2016)