

# VOTRE GARANTIE

Prestations en vigueur au 01/01/2021  
Régime général

	MUTUELLE			TOTAL y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>Soins courants</b>				
<b>Soins médicaux et paramédicaux</b>				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 30 %	130 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 10 %	110 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 140 %	240 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Consultations psychologues <sup>(1) (2)</sup>			35 €/séance	35 €/séance
Actes de sages-femmes	70 %	30 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
<small>(1) Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. (2) Plafond commun.</small>				
<b>Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)</b>				
<small>SMR : Service Médical Rendu</small>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<b>Analyses et examens</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 220 %	320 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 40 %	140 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire <sup>(3)</sup>			Oui	Oui
<small>(3) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</small>				
<b>Appareillages et accessoires médicaux</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 190 %	290 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 230 %	330 %
<b>Aides auditives</b>				
Équipement 100 % Santé <sup>(4) (5)</sup>				100 % Santé
Équipement à tarif libre <sup>(4) (5)</sup>	60 %	40 %	+ 190 %	290 %
+ Forfait supplémentaire <sup>(4) (5)</sup>			750 €/Appareil	750 €/Appareil
Piles	60 %	40 %		100 %
<small>(4) 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. (5) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</small>				
<b>Cures thermales</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			10 % PMSS	10 % PMSS
<b>Hospitalisation</b>				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 250 %	350 %
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 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée <sup>(6) (7) (8)</sup>			3 % du PMSS/Nuit	3 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire <sup>(9)</sup>			3 % du PMSS/Jour	3 % du PMSS/Jour

# VOTRE GARANTIE (suite)

Prestations en vigueur au 01/01/2021

Régime général

Prestations en vigueur au 01/01/2021 Régime général	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	MUTUELLE		TOTAL y compris Sécurité sociale (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)

Frais d'accompagnant <sup>(10)</sup>			1 % du PMSS/Jour	1 % 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.

(6) Prise en charge limitée en chirurgie, médecine, convalescence, réadaptation et maternité (plafond commun) à 90 nuits par année civile et par bénéficiaire. (7) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire. (8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (9) 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. (10) Prise en charge limitée à 90 jours par année civile et par bénéficiaire.

## Maternité

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 <sup>(6) (8)</sup>			3 % du PMSS/Nuit	3 % du PMSS/Nuit

(6) Prise en charge limitée en chirurgie, médecine, convalescence, réadaptation et maternité (plafond commun) à 90 nuits par année civile et par bénéficiaire. (8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

## Optique

<b>Équipement 100 % Santé <sup>(5) (11) (12)</sup></b>				100 % Santé
- Monture				100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
- Prestation d'appairage et supplément verres				
<b>Équipement à tarif libre <sup>(5) (11) (12) (13)</sup></b>				
- Monture <sup>(14)</sup>	60 %		100 € - RO	100 €
- Par verre dans le réseau KALIXIA <sup>(15) (16)</sup>				
- Simple	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
- Complexe	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
- Très complexe	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
- Par verre hors réseau				
- Simple	60 %		4.25 % PMSS	60% + 4,25% PMSS
- Complexe	60 %		8 % PMSS	60% + 8% PMSS
- Très complexe	60 %		8 % PMSS	60% + 8% 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 % PMSS/An	100 % + 10 % PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			10 % PMSS/An	10 % PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'œil			20 % PMSS/Œil	20 % PMSS/Œil

(5) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (11) 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). (12) 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. (13) - 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. (14) RO: Remboursement du Régime Obligatoire. (15) Remboursement assurant la prise en charge intégrale (PEC intégrale) de verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités antireflets. La notice contractuelle concernant ce remboursement intégral est disponible sur simple demande. La prise en charge intégrale s'entend dans la limite des maxima du contrat responsable fixés au 3° de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale. (16) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.

## Dentaire

Soins	70 %	30 %		100 %
<b>Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé <sup>(17)</sup></b>				100 % Santé
<b>Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés <sup>(17)</sup></b>				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses fixes <sup>(18)</sup>			275 %	275 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire Inlay-Core <sup>(18)</sup>			175 %	175 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %

# VOTRE GARANTIE (suite)

Prestations en vigueur au 01/01/2021 Régime général	MUTUELLE			TOTAL y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>Dentaire (suite)</b>				
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires <sup>(18)</sup>			275 %	275 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses amovibles <sup>(18)</sup>			275 %	275 %
<b>Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres</b>				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses fixes <sup>(18)</sup>			275 %	275 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire Inlay-Core <sup>(18)</sup>			175 %	175 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires <sup>(18)</sup>			275 %	275 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses amovibles <sup>(18)</sup>			275 %	275 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire <sup>(19)</sup>			160 %	160 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 230 %	330 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire <sup>(20)</sup>			160 %	160 %
Implantologie <sup>(21) (22)</sup>			730 €/an	730 €/an
Parodontologie <sup>(21) (23)</sup>			300 €/An	300 €/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.

**(17)** Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. **(18)** Prise en charge limitée à 1419 € par année civile et par bénéficiaire. **(19)** Les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> inters du bridge ne sont pas remboursables. **(20)** Par semestre et par bénéficiaire. **(21)** Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). **(22)** Par année civile et par bénéficiaire. **(23)** Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).

<b>Médecines complémentaires</b>				
Ostéopathie, Chiropractie <sup>(1) (2) (21) (24)</sup>			35 €/Séance	35 €/Séance

**(1)** Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. **(2)** Plafond commun **(21)** Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). **(24)** 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°FINISS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

<b>Contraception féminine</b>				
Pilules, anneaux et patches contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) <sup>(21)</sup>			2 % du PMSS/An	2 % du PMSS/An

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

<b>Prévention</b>				
Equilibre alimentaire - Diététique <sup>(1) (21) (24)</sup>			35 €/Séance	35 €/Séance
Vaccin anti-grippal <sup>(21)</sup>			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) <sup>(21) (25)</sup>			75 €/An	75 €/An
Bilan de psychomotricité <sup>(1) (2)</sup>			35 €/séance	35 €/séance

**(1)** Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. **(21)** Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). **(24)** 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°FINISS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné. **(25)** Sur prescription médicale. **(2)** Plafond commun

<b>Harmonie Santé Services</b>				
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.

- 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 01/01/2020)