

Votre compréhension et la lisibilité des garanties est une de nos priorités. Nous avons donc à cœur de vous expliquer tous les termes qui peuvent vous paraître complexes.

Voyons tout cela ensemble !

La base de remboursement

La Sécurité sociale calcule ses remboursements à **partir de tarifs qu'elle a fixés (que l'on appelle base de remboursement)**, indépendamment du montant de la dépense.

Elle rembourse seulement un pourcentage de ce tarif. Par exemple, pour une prothèse dentaire (hors 100% Santé) à 537,48 €, la base de remboursement est de 120 €.

Ainsi, la Sécurité sociale remboursera 70% de 120 € (soit un montant de 84 €) et non 70% de 537,48 €.

Le ticket modérateur

Le **ticket modérateur**, remboursé par la mutuelle, est la **différence** entre le montant de la base de remboursement et la prise en charge de la Sécurité sociale.

Ainsi, les versements cumulés des deux correspondent bien à **100% de la base de remboursement**.

Selon votre garantie, votre mutuelle peut ne pas rembourser le ticket modérateur sur les cures thermales, les médicaments à SMR (Service Médical Rendu) modéré ou faible.

Les forfaits supplémentaires et dépassements

Dans certains cas, le montant facturé par le professionnel de santé est **supérieur au tarif fixé par la Sécurité sociale**, la dépense est donc supérieure à la base de remboursement (par exemple les dépassements d'honoraires).

Dans ces cas et pour certains actes, **Harmonie Mutuelle peut vous rembourser tout ou une partie de ces frais supplémentaires ou dépassements d'honoraires**.

À savoir

Si vous consultez un partenaire agréé (opticien, dentiste, audioprothésiste) du réseau Kalixia, vous bénéficierez de tarifs négociés avec des prestations de qualité. Vous pouvez trouver ces professionnels en les géolocalisant sur Harmonie & Moi, disponible sur smartphone, ordinateur et tablette.

Les remboursements des forfaits, dépassements d'honoraires et actes non remboursés s'entendent par bénéficiaire.

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale

Certains actes ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale mais peuvent l'être par la mutuelle si les garanties le prévoient. Cela peut être par exemple le cas des séances d'ostéopathie.

La tarification des médecins

Un médecin en **Secteur 1** ne pratique **pas de dépassement d'honoraires**. Ses tarifs sont à la hauteur de la base de remboursement, vous êtes donc bien remboursé.

Un médecin en **Secteur 2** peut pratiquer des dépassements d'honoraires.
Certains médecins adhérant à l'**OPTAM** (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée) s'engagent **à limiter leurs dépassements d'honoraires**, ce qui vous permet un meilleur remboursement.

La participation forfaitaire

Elle est de 1 € et déduite du remboursement de la Sécurité sociale pour **toutes les consultations ou actes médicaux, examens radiologiques et analyses de biologie médicales**, pour tout assuré de plus de 18 ans.
Elle n'est pas remboursée par Harmonie Mutuelle.
Elle est limitée à 50 € par an et par personne.

La franchise médicale

Elle est déduite du remboursement de la Sécurité sociale pour chaque **boîte de médicament** (0,50 €), chaque **acte paramédical** (0,50 €) et chaque **transport sanitaire** (2 €), pour tout assuré de plus de 18 ans.
Elle n'est pas remboursée par Harmonie Mutuelle.
Elle est limitée à 50 € par an et par personne.

Le parcours de soins coordonnés

Il s'agit du **circuit que vous devez suivre** pour être **remboursé normalement** par la Sécurité sociale.
Il regroupe notamment le fait de déclarer un médecin traitant et de le consulter avant toute autre consultation de spécialiste.

Il existe des **exceptions** à ce circuit en cas d'une situation d'urgence ou pour certains spécialistes (gynécologues, psychiatres, stomatologues, neuropsychiatres et ophtalmologues) qui peuvent être consultés directement sans passer par le médecin traitant.

Par exemple, dans le cadre du parcours de soins, sur une consultation de spécialiste de 25 € (Secteur 1), la Sécurité sociale rembourse 70% de la base de remboursement (soit 17,50 € auquel la participation forfaitaire de 1 € est déduite). Selon votre garantie, la mutuelle rembourse 30% de la base de remboursement (soit 7,50 €). Vous avez dans ce cas 1€ de reste à charge.

Attention, si vous ne respectez pas le parcours de soins, **la participation de la Sécurité sociale est alors seulement de 30% de la base de remboursement**. Selon votre garantie, la mutuelle peut rembourser 30% de la base de remboursement, elle ne compense pas la baisse de remboursement de la Sécurité sociale.

Le contrat "non-responsable"

Votre contrat est dit "**non-responsable**" car il ne respecte pas le cahier des charges fixé par la loi.
Par exemple, vous ne pouvez **pas bénéficier d'un remboursement intégral** des équipements optiques, d'aides auditives et de soins et prothèses dentaires **des offres 100% santé**.



Vos forfaits prévention



Vos programmes

Autotest de dépistage du VIH

Test disposant du marquage CE et vendu en pharmacie

20€/an/bénéficiaire

Vous êtes parent d'un enfant de 0 à 6 ans ?

Programme d'accompagnement des parents de jeunes enfants bénéficiaires de l'offre :

- **Emails d'informations personnalisées** à chaque étape du développement de l'enfant,
- **Rendez-vous santé** sur diverses thématiques selon l'âge de l'enfant (initiation aux premiers secours à l'enfant, rencontres entre parents...) possibilité de poser ses questions à des professionnels de la petite enfance.

Vous avez plus de 55 ans ou partez bientôt à la retraite ?

Programme d'accompagnement permettant de traverser les années dans les meilleures conditions de santé, de bien-être et en toute autonomie :

- **Informations santé,**
- **Rendez-vous de prévention** pour bien vivre sa retraite et accompagnement personnalisé (nutrition, maintien à domicile, hébergement).



Plus d'informations sur : www.harmonie-prevention.fr



Hospitalisation

Remboursements de la mutuelle (limités aux frais réellement dépensés)

 Part remboursée par la Sécurité sociale (selon la base de remboursement)

La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la base de remboursement pour une prestation donnée

 Part remboursée par la mutuelle pour couvrir le ticket modérateur

La mutuelle vous rembourse une partie de votre reste à charge pour arriver à 100% de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires

La mutuelle vous rembourse un complément en euros ou en pourcentage de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Actes non remboursés par la Sécurité sociale

La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

À savoir

- Tous les pourcentages sont appliqués sur la base de remboursement et non sur le tarif fixé par le professionnel de santé (devis, facture...).
- Le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut évoluer.
- Les pourcentages de remboursement de la Sécurité sociale donnés dans ce tableau s'appliquent lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés.

(1) L'OPTAM est un contrat signé entre la Sécurité sociale et les médecins de Secteur 2 souhaitant adhérer au dispositif. Ils s'engagent ainsi à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

(2) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 jours par an.

(3) Concernent uniquement les frais de repas et/ou l'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation prise en charge au titre de la présente garantie.

(4) Indemnité de naissance : pour la percevoir, veuillez inscrire votre enfant sur la même garantie en tant que bénéficiaire à sa date de naissance ou d'adoption. Vous avez 3 mois à compter de la naissance ou de l'adoption pour faire cette déclaration.

(5) Uniquement pour les séances prescrites par un médecin et effectuées par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une Affection de longue durée, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou en perte d'autonomie (dans le cadre des articles L1172-1 et D1172-2 et suivants du code de la santé publique).

Sur présentation du formulaire fourni par la mutuelle et de la facture détaillée et acquittée.

Frais de séjour

Votre remboursement
(par bénéficiaire)

80%  20%
ou
100%

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) :

- Adhérents au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)⁽¹⁾

80%  20%  50%
ou
100%

- Non adhérents à l'OPTAM⁽¹⁾

80%  20%  50%
ou
100%

Ambulances, véhicules sanitaires légers...

55%  45%
ou
100%

Forfait journalier hospitalier⁽²⁾

Remboursement intégral

Frais d'accompagnant⁽³⁾

40 €/jour

À savoir

Le ticket modérateur forfaitaire des actes supérieurs à 120 € et d'un passage non programmé aux urgences (Forfait Patient Urgence) est pris en charge par la mutuelle.



Maternité

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique :

- Adhérents à l'OPTAM⁽¹⁾

100%  50%

- Non adhérents à l'OPTAM⁽¹⁾

100%  50%

Indemnité naissance⁽⁴⁾

100 €



Médecines complémentaires

Activité physique adaptée⁽⁵⁾

Votre remboursement
(par bénéficiaire)

60 €/An

Remboursements de la mutuelle (limités aux frais réellement dépensés)

 Part remboursée par la Sécurité sociale (selon la base de remboursement)

La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la base de remboursement pour une prestation donnée

 Part remboursée par la mutuelle pour couvrir le ticket modérateur

La mutuelle vous rembourse une partie de votre reste à charge pour arriver à 100% de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires

La mutuelle vous rembourse un complément en euros ou en pourcentage de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Actes non remboursés par la Sécurité sociale

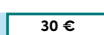
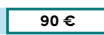
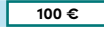
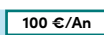
La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

-  **À savoir**
- Tous les pourcentages sont appliqués sur la base de remboursement et non sur le tarif fixé par le professionnel de santé (devis, facture...).
 - Le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut évoluer.
 - Les pourcentages de remboursement de la Sécurité sociale donnés dans ce tableau s'appliquent lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés.

(6) Pour avoir une explication de ce qu'est un verre simple, complexe ou très complexe : **rendez-vous page suivante.**

(7) Tarif libre : Votre opticien est libre dans les tarifs fixés.

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

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Equipement 100% Santé :	
• Monture	60%  30 €
• Par verre :	
• Simple ⁽⁶⁾	60%  40 €
• Complexe ⁽⁶⁾	60%  90 €
• Très complexe ⁽⁶⁾	60%  100 €
Equipement à tarif libre⁽⁷⁾ :	
• Monture	60%  60 €
• Par verre :	
• Simple ⁽⁶⁾	60%  40 €
• Complexe ⁽⁶⁾	60%  90 €
• Très complexe ⁽⁶⁾	60%  100 €
Lentilles	60%  100 €/An ou  100 €/An
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par la Sécurité sociale⁽⁸⁾	 200 €/Œil

À savoir

Votre opticien vous remet un devis qui indiquera si l'équipement choisi est un équipement 100% Santé.

Un équipement est composé de 2 éléments : 2 verres et une monture.
Chaque élément est pris en charge selon les conditions de remboursement de la catégorie à laquelle il appartient (100% Santé ou tarif libre).

Remboursement limité à un équipement (une paire de lunettes) tous les 2 ans, sauf dans certains cas (par exemple pour les moins de 16 ans ou si la vue a évolué).
(Vous pouvez retrouver tous ces cas à l'art. L. 165-1 du code de la Sécurité sociale)

Les verres simples

Ils vont corriger **une seule pathologie (la myopie, l'astigmatisme ou l'hypermétropie)** :

- Verres unifocaux sphériques avec la sphère entre -6.00 et +6.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec la sphère entre -6.00 et 0 dioptries et le cylindre $\leq$ à +4.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec la sphère positive et la somme S (sphère + cylindre) est $\leq$ à 6.00 dioptries.

Les verres complexes

Ils vont corriger **2 ou 3 pathologies différentes avec un verre unifocal, multifocal ou progressif** :

- Verres unifocaux sphériques avec la sphère hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec la sphère entre -6.00 et 0 dioptries et avec le cylindre $>$ à +4.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec la sphère $<$ à -6.00 dioptries et le cylindre est $\geq$ à 0.25 dioptrie,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec la sphère positive et la somme S est $>$ à 6.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec la sphère entre -4.00 et +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec la sphère entre -8.00 et 0.00 dioptries et le cylindre $\leq$ à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec la sphère positive et la somme S $\leq$ à 8.00 dioptries.

Les verres très complexes

Ils vont corriger **2 ou 3 pathologies différentes avec un verre multifocal ou progressif** :

- Verres multifocaux ou progressifs sphériques la sphère hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec la sphère entre -8.00 et 0.00 dioptries et le cylindre supérieur à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec la sphère $<$ à -8.00 dioptries et le cylindre $\geq$ à 0.25 dioptrie,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec la sphère positive et la somme S $>$ à 8.00 dioptries.



Remboursements de la mutuelle (limités aux frais réellement dépensés)

 Part remboursée par la Sécurité sociale (selon la base de remboursement)

La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la base de remboursement pour une prestation donnée

 Part remboursée par la mutuelle pour couvrir le ticket modérateur

La mutuelle vous rembourse une partie de votre reste à charge pour arriver à 100% de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires

La mutuelle vous rembourse un complément en euros ou en pourcentage de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Actes non remboursés par la Sécurité sociale

La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

À savoir

- Tous les pourcentages sont appliqués sur la base de remboursement et non sur le tarif fixé par le professionnel de santé (devis, facture...).
- Le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut évoluer.
- Les pourcentages de remboursement de la Sécurité sociale donnés dans ce tableau s'appliquent lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés.

(9) Plafond commun de 700 € par année civile sur la totalité des remboursements effectués par la mutuelle.

(10) Tarif maîtrisé : La mutuelle rembourse dans la limite des honoraires limités de facturation que le dentiste s'est engagé à respecter.

(11) Tarif libre : Votre dentiste est libre dans les honoraires fixés.

(12) Sur présentation de la facture.

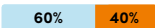
(13) Le remboursement est limité à certains actes CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) ayant le code regroupement TDS (Tissu de Soutien) consultable sur le site ameli.fr.

(14) Remboursement conditionné à la mise en œuvre du tiers payant et au recours à un praticien dentaire partenaire agréé du réseau Kalixia.

À géolocaliser sur Harmonie & Moi, disponible sur smartphone, ordinateur et tablette.

(15) Le remboursement intégral se limite à des actes de référence.

Cliquez ici pour voir la liste des actes, ou demandez à la mutuelle.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Soins	
Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽⁹⁾	
• Prothèses fixes	
• Inlay-core	
• Prothèses transitoires	
• Prothèses amovibles	
Soins et Prothèses dentaires à tarif maîtrisé ^{(9) (10)}	
• Prothèses fixes	
• Inlay-core	
• Prothèses transitoires	
• Inlay onlay	
• Prothèses amovibles	
Soins et Prothèses dentaires à tarif libre ^{(9) (11)}	
• Prothèses fixes	
• Inlay-core	
• Prothèses transitoires	
• Inlay onlay	
• Prothèses amovibles	
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale :	
• Semestre de traitement	
• Autres actes (Examen, diagnostic, contention...)	 ou 
Parodontologie ^{(12) (13)}	
Dans le réseau Kalixia ⁽¹⁴⁾	
• Scellement des sillons pour une prémolaire ⁽¹⁵⁾	

À savoir

Remboursements conditionnés :

- au respect par votre dentiste des règles définies par la Sécurité sociale,
- à la présentation par le dentiste d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le dentiste et soumis à contrôle auprès de la cellule dentaire de la mutuelle.

Votre dentiste doit vous fournir un devis comprenant le traitement proposé et une information sur les alternatives thérapeutiques 100% Santé ou tarifs maîtrisés en cas de reste à charge.

Tous nos services (hors Action sociale) sont assurés par Ressources Mutuelles Assistance et accessibles au **N°Cristal 09 69 39 29 13**

APPEL NON SURTAXE

Pour plus d'informations, référez-vous à votre notice d'information "Harmonie Santé Services"

Nos conseils, écoute et orientation

- Des informations de vie pratique et quotidienne,
- Une orientation et mise en relation avec un réseau de prestataires qualifiés,
- Des informations juridiques réglementaires ou pratiques,
- Un accompagnement psycho-social face aux aléas de la vie (santé, travail...) : appels de convivialité, conseil social, soutien psychologique,
- Des informations médicales, liées à la prévention, au handicap ou la dépendance...

Notre accompagnement dans les moments difficiles

Hospitalisation, immobilisation, maternité

Des prestations mises en place après évaluation et échanges avec l'assistant en cas d'hospitalisation dès l'ambulatorio, d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours, de maternité de plus de 4 jours :

- Aide à domicile pour un maximum de 8 heures ou une prestation de soutien et de bien-être,
- Garde d'enfants, de personnes dépendantes, d'animaux domestiques,
- Téléassistance,
- Présence d'un proche au chevet...

Traitement anticancéreux

- Aide à domicile pendant toute la durée du traitement.

Accompagnement des situations de handicap

Dès la survenue du handicap jusqu'en situation de crise :

- Bilan psycho-social de la situation,
- Prestations d'assistance adaptées : aide à domicile, prestations de bien-être, garde des enfants...
- Accompagnement social.

Action sociale

Proposée par Harmonie mutuelle.

En cas de situation difficile :

- Écoute, conseils et accompagnement par nos assistants sociaux,
- Possibilité de bénéficier d'une aide financière pour vous permettre de conserver un accès aux soins en cas de situation difficile.

Lors d'un voyage à titre privé ou professionnel de moins de 31 jours :

- Services d'accompagnement et d'écoute lors d'un aléa de santé à l'étranger,
- Avance des frais médicaux ou prise en charge complémentaire des frais engagés à hauteur de 80 000 € TTC,
- Transfert médical, évacuation et rapatriement sanitaire.

Notre assistance pour vos voyages à l'international