

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 consultation de spécialiste (avec honoraires libres) à 40 €, la base de remboursement est de 25 €.

Ainsi, la Sécurité sociale remboursera 70% de 25 € (soit un montant de 17,50 €) et non 70% de 40 €.

### 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, dépassement 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 et la mutuelle. 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). 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**. La mutuelle rembourse 30% de la base de remboursement, elle ne compense pas la baisse de remboursement de la Sécurité sociale.

## Le contrat "responsable"

Votre contrat est dit « responsable » lorsque les garanties respectent le cahier des charges fixé par la loi. Il permet de **bénéficier d'un remboursement intégral** des équipements optiques, d'aides auditives et de soins et prothèses dentaires **des offres 100% santé** déterminées par la réglementation.



**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) Plafond commun** de 100 € par an pour toutes les prestations d'analyses et examens de laboratoire, et les honoraires médicaux et paramédicaux sauf ambulances, véhicules sanitaires légers

**(3) Le Service Médical Rendu** est un critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments ou dispositifs médicaux en fonction de leur utilité.

**(4) Selon la liste ANSM** (Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)

**(5) Plafond commun** de 200 € par an incluant le matériel médical et les aides auditives.

**Honoraires médicaux et paramédicaux**

Consultations, visites : généralistes et spécialistes :

- Adhérents au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)<sup>(1)</sup>  
Remboursement limité à 220% de la base de remboursement (Sécurité sociale compris).
- Non adhérents à l'OPTAM<sup>(1)</sup>  
Remboursement limité à 200% de la base de remboursement (Sécurité sociale compris).

Actes de sages-femmes

Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...

Ambulances, véhicules sanitaires légers...

**Médicaments**

Médicaments à Service Médical Rendu<sup>(3)</sup> important

Médicaments à Service Médical Rendu<sup>(3)</sup> modéré

Médicaments à Service Médical Rendu<sup>(3)</sup> faible

Automédication : médicaments pouvant être présentés en accès direct pharmacie<sup>(4)</sup>

**Analyses et examens de laboratoire**

Actes techniques et d'échographie :

- Adhérents à l'OPTAM<sup>(1)</sup>  
Remboursement limité à 220% de la base de remboursement (Sécurité sociale compris).
- Non adhérents à l'OPTAM<sup>(1)</sup>  
Remboursement limité à 200% de la base de remboursement (Sécurité sociale compris).

Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée :

- Adhérents à l'OPTAM<sup>(1)</sup>
- Non adhérents à l'OPTAM<sup>(1)</sup>

Examens de laboratoires

**Matériel médical**

Orthopédie, appareillage et accessoires médicaux acceptés par la Sécurité sociale

**EXEMPLE DONNÉ À TITRE INDICATIF\***

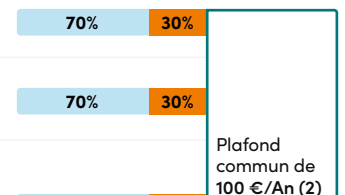
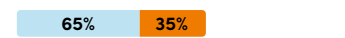
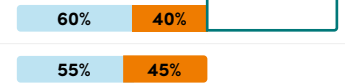
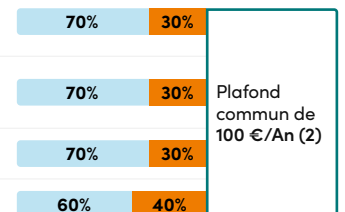
\*La base de remboursement et le taux de remboursement de la Sécurité sociale peuvent évoluer.

Consultation pour un adulte chez un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires (adhérent à l'OPTAM) au tarif de 80 € et une base de remboursement de 25 €.

- Sécurité sociale : 70% de 25 € = 17,50 €
- Mutuelle : 30% de 25 € = 7,50 €
- Forfaits et dépassements : 120% de 25 € = 30 € (déduit du plafond commun de 100 €)

Calcul du reste à charge : 80 - 17,50 - 7,50 - 30 = 25 €

**Votre remboursement (par bénéficiaire)**




Votre reste à charge est de 25 € hors 1 € de participation forfaitaire




## Aides auditives


### 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

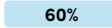

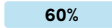

#### À savoir

- 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) 100% Santé :** Vous êtes intégralement remboursé pour certains équipements auditifs prévus (sous réserve du respect des prix limites de vente et du plafond fixé par la réglementation).

**(7) Plafond commun de 200 €** par an incluant les aides auditives et le matériel médical.

**(8) Tarifs libres :** Votre audioprothésiste est libre dans les tarifs fixés. La mutuelle vous rembourse dans la limite des plafonds réglementaires.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)		
	Remboursement intégral		
Equipement 100% Santé <sup>(6)</sup>			
Equipement à tarif libre <sup>(8)</sup>			<b>200 €/An (7)</b>
Piles			

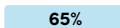



#### À savoir

Remboursement limité à une aide auditive pour chaque oreille tous les 4 ans.

Le devis remis par votre audioprothésiste indiquera si l'équipement choisi est un équipement 100% Santé. Il a l'obligation de vous le proposer.




## Cures thermales


	Votre remboursement (par bénéficiaire)		
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier			<b>150 €/An</b>
			




## 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 100 € par an pour toutes les prestations d'hospitalisation.**

**(10) 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.

**(11) Chambre particulière avec nuitée ou en ambulatoire** : si votre établissement est conventionné par un accord tarifaire, elle sera remboursée dans les limites de cet accord.


**(12) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie sans nuitée.**

	Votre remboursement (par bénéficiaire)	
Frais de séjour	80% ou 100%	20%
Soins honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) :	80% ou 100%	20%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhérents au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)<sup>(10)</sup> Remboursement limité à 220% de la base de remboursement (Sécurité sociale compris).</li> <li>• Non adhérents à l'OPTAM<sup>(10)</sup> Remboursement limité à 200% de la base de remboursement (Sécurité sociale compris).</li> </ul>	80% ou 100%	20%
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55% ou 100%	45%
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral	
Chambre particulière avec nuitée <sup>(11)</sup>	30 €/Nuit Maximum 30 nuits/An	
Chambre particulière en ambulatoire <sup>(11) (12)</sup>	15 €/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.


**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.

**(13) 100% Santé :** Vous êtes intégralement remboursé pour certains équipements optiques prévus par la réglementation (sous réserve du respect des prix limites de vente par les opticiens).

**(14) Tarifs libres :** Votre opticien est libre dans les tarifs fixés.

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

**(16)** 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)	
<b>Equipement 100% Santé<sup>(13)</sup> :</b>		
• Monture + verres	Remboursement intégral	
• Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre	Remboursement intégral	
<b>Equipement à tarif libre<sup>(14)</sup> :</b>		
• Monture + verres simple <sup>(15)</sup>	60%	250 €
• Monture + verres complexes <sup>(15)</sup>	60%	350 €
• Monture + verres très complexes <sup>(15)</sup>	60%	350 €
• Monture + verre simple + verre complexe	60%	350 €
• Monture + verre simple + verre très complexe	60%	350 €
• Monture + verre complexe + verre très complexe	60%	350 €
<b>Supplément verres avec filtre</b>	60%	40%
<b>Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien</b>	60%	40%
<b>Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)</b>	60%	40%
<b>Lentilles acceptées par la Sécurité sociale</b>	60%	40% 100 €/An
<b>Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par la Sécurité sociale<sup>(16)</sup></b>	200 €/Oeil	

 **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).

Pour un équipement tarif libre, la prise en charge de la mutuelle est limitée à 100 € pour la monture.

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 (sphère + cylindre) 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 (sphère + cylindre)  $\leq$  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 (sphère + cylindre)  $>$  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.

**(17) 100% Santé :** Vous êtes intégralement remboursé pour certaines prestations dentaires (sous réserve du respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation).

**(18) Tarifs maîtrisés :** La mutuelle rembourse dans la limite des honoraires limites de facturation que le dentiste s'est engagé à respecter.

**(19) Plafond commun de 225 € par an** pour tous les soins et prothèses (sauf la prothèse transitoire et inlay onlay).

**(20) Tarifs libres :** Votre dentiste est libre dans les tarifs fixés.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)		
Soins	60%	40%	25%
Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(17)</sup>	Remboursement intégral		
Soins et Prothèses dentaires à tarif maîtrisé <sup>(18)</sup> :			
• Prothèses fixes	60%	40%	25%
• Inlay-Core	60%	40%	25%
• Prothèses amovibles	60%	40%	25%
• Prothèses transitoires	60%	40%	
• Inlay onlay	60%	40%	25%
Soins et Prothèses dentaires à tarif libre <sup>(20)</sup> :			
• Prothèses fixes	60%	40%	25%
• Inlay-Core	60%	40%	25%
• Prothèses amovibles	60%	40%	25%
• Prothèses transitoires	60%	40%	
• Inlay onlay	60%	40%	25%
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale :	60%	40%	
	ou		
	100%		

Plafond commun de 225 €/An (19)

Plafond commun de 225 €/An (19)

### 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.







## 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.

**(21)** Uniquement pour les séances effectuées par des médecins ou des professionnels autorisés. Votre facture doit comporter le n° FINESS et/ou le N° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel de santé.

**(22)** 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.

**(23)** Sur présentation de la facture.

**(24)** Uniquement pour les séances effectuées par des médecins ou des professionnels autorisés. Votre facture doit comporter le n° FINESS et/ou le N° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel de santé.

**(25) Plafond commun de 75 € par an pour toutes les prestations de prévention.**

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie <sup>(21)</sup>	3 séances/An 20 €/Séance
Consultations pédicure/podologue <sup>(21)</sup>	3 séances/An 20 €/Séance
Activité physique adaptée <sup>(22)</sup>	100 €/An



## Prévention

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Vaccin anti-grippal <sup>(23)</sup>	Plafond commun de 75 €/An (25)
Autres vaccins (selon liste) <sup>(23)</sup>	
Ergothérapie <sup>(24)</sup>	
Psychomotricité <sup>(24)</sup>	



## Harmonie Santé Services

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Inclus

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non Connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	30 € /Nuit	Selon la dépense engagée
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	100,00 €	50,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	100,00 €	91,30 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €
<b>Soins courants</b>					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	47,90 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	48,90 €	1,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>40 %* BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0,00 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>40 %* BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	23,06 €	17,35 €	0,00 €
<b>Prothèses (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>40 %* BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	303,00 €	179,00 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : traitement par semestre (6 max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	504,50 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0,00 €</b>
Ex : verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	250,00 €	105,91 €
Ex : verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	350,00 €	269,91 €
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	-	Selon la dépense engagée
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	200 € /Oeil	Selon la dépense engagée
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0,00 €</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	360,00 €	965,00 €

\* Sous réserve de la publication du nouveau taux au Journal officiel.

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2. Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4. Prix limite de vente.

**Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie.**

**Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM.**

**(<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)**