

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) 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 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 Maitrisée) 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.

Attention, si vous ne respectez pas le parcours de soins, **la participation de la Sécurité sociale est alors minorée de 40% et votre reste à charge est ainsi plus élevé** (pour les plus de 16 ans).

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.

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.



Vos remboursements

Pédicurie :

- Consultations pédicure/podologue

25€/an (Limité à 3 séances par an)

Autotests :

- Auto tensiomètre, autocontrôle glycémique ou débitmètre de pointe

Limité à un équipement tous les 24 mois, la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Sur prescription médicale.

75€

- Autotest de dépistage de VIH

Test disposant du marquage CE et vendu en pharmacie.

20€/An

Nutrition :

- Équilibre alimentaire - Diététique

Seules les séances effectuées 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° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

20€/Séance (Limité à 5 séances par an)

Automédication :

- Médicaments pouvant être présentés en accès direct en pharmacie, selon liste ANSM*

*Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

25€/An

Contraception :

- Pilules, anneaux et patchs contraceptifs

Selon listen disponible sur simple demande.

60€/An

Vie sans tabac - Sevrage tabagique :

- Substituts nicotiniques

Sur prescription médicales.

75€/An

- Consultations cognito-comportementales, hypnose Ericksonienne

Prise en charge des substitus nicotiniques (sur prescription médicale), des consultations cognito-comportementales et/ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

75€/An

Ostéodensitométrie : Sur prescription médicales. 40€/An

Vaccins antigrippe : Remboursement intégral

Autres vaccins : Selon liste, disponible sur simple demande. 40€/An

Ces prestations ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale.

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

Programme offert aux adhérents parents de jeunes enfants bénéficiaires de l'offre :

- **Repères santé** (mails d'information personnalisés 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...) et possibilité de poser ses questions à des professionnels de la petite enfance.

Vous partez bientôt à la retraite ?

Programme d'accompagnement des seniors et des retraités de plus de 55 ans pour leur permettre 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

 **Vos services****Réseau de professionnels de santé Kalixia**

Des professionnels de santé partenaires pour vos soins et équipements optiques, audio, dentaires et ostéo :

- Tarifs négociés et plafonnés sur vos prestations
- Service de tiers payant intégral
- Conseils optimisés

💡 Géocalisez nos partenaires dans votre espace **Harmonie & Moi**.

Téléconsultation

Service illimité et accessible depuis PC, tablette et smartphone pour :

- Contacter un médecin généraliste ou spécialiste, en direct, 24h/24, et 7j/7
- Etre rassuré au moindre doute
- Obtenir une ordonnance si nécessaire

💡 RDV dans votre espace **Harmonie & Moi**.

 **À savoir**


Le service de téléconsultation MesDocteurs n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence, contacter le 15 ou le 112.

Conventionnement hospitalier mutualiste


Pas d'avance de frais, dépassements d'honoraires modérés et prise en charge intégrale du supplément de la chambre particulière (selon votre niveau de garanties).

Soins courants


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


(3) Seuls les actes listés sont remboursés. Vous pouvez demander la liste sur votre espace Harmonie&moi ou par téléphone.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)	
Honoraires médicaux et paramédicaux		
Consultations, visites : généralistes et spécialistes :		
• Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ⁽¹⁾	70%	30%
• Non adhérents à l'OPTAM ⁽¹⁾	70%	30%
Actes de sages-femmes	70%	30%
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60%	40%
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65%	35%
Médicaments		
Médicaments à Service Médical Rendu ⁽²⁾ important	65%	35%
Médicaments à Service Médical Rendu ⁽²⁾ modéré	30%	70%
Médicaments à Service Médical Rendu ⁽²⁾ faible	15%	85%
Analyses et examens de laboratoire		
Actes médicaux techniques et d'échographie :		
• Adhérents à l'OPTAM ⁽¹⁾	70%	30%
• Non adhérents à l'OPTAM ⁽¹⁾	70%	30%
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée :		
• Adhérents à l'OPTAM ⁽¹⁾	70%	30%
• Non adhérents à l'OPTAM ⁽¹⁾	70%	30%
Examens de laboratoires	60%	40%
Actes non remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾	Remboursement intégral	
Matériel médical		
Orthopédie, appareillage et accessoires médicaux acceptés par la Sécurité sociale (semelles orthopédiques, appareils auditifs, minerve...)	60%	40%




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 doivent être 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.

(4) 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).

	Votre remboursement (par bénéficiaire)	
Equipement 100% Santé ⁽⁴⁾	Remboursement intégral	
Equipement à tarif libre ⁽⁵⁾	60%	40%
Piles	60%	40%

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

A 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	65%	35%
	ou	
	70%	30%



Médecines complémentaires

(6) 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.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Ostéopathie, chiropractie, Microkinésithérapie, acupuncture, auriculothérapie, mésothérapie, bio-Kinergie, kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée ⁽⁶⁾	3 séances/An 20 €/Séance
Activité physique adaptée ⁽⁷⁾	60 €/an


(7) Uniquement pour les séances prescrites par un médecin et effectuées par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une Affection de longue durée (dans le cadre des articles L1172-1 et D1172-2 du code de la santé publique).

Sur présentation du formulaire fourni par la mutuelle ([cliquez ici pour voir le formulaire](#)) et de la facture détaillée et acquittée.




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)

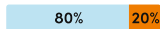

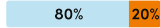
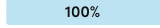
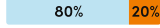
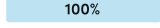
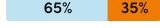
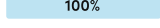

 Actes non remboursés par la Sécurité sociale

La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

À savoir

- Tous les pourcentages doivent être 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.

(8) 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.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Frais de séjour	 80% 20% ou  100%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) :	
<ul style="list-style-type: none"> • Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ⁽⁸⁾ 	 80% 20% ou  100%
<ul style="list-style-type: none"> • Non adhérents à l'OPTAM ⁽⁸⁾ 	 80% 20% ou  100%
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	 65% 35% ou  100%
Forfait journalier hospitalier	 Remboursement intégral



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


(9) 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.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique :	
<ul style="list-style-type: none"> • Adhérents à l'OPTAM ⁽⁹⁾ 	 100%
<ul style="list-style-type: none"> • Autres praticiens 	 100%


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 doivent être 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.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)	
Equipement 100% Santé ⁽¹⁰⁾ :		
• Monture	Remboursement intégral	
• Par verre hors réseau ou dans le réseau Kalixia	Remboursement intégral	
• Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre	Remboursement intégral	
Equipement à tarif libre ⁽¹¹⁾ :		
• Monture	60%	+ 40 €
• Par verre dans le réseau Kalixia ⁽¹²⁾ :		
• Simple ⁽¹³⁾	60%	+ 40 €
• Complexe ⁽¹³⁾	60%	+ 100 €
• Très complexe ⁽¹³⁾	60%	+ 110 €
• Par verre hors réseau Kalixia :		
• Simple ⁽¹³⁾	60%	+ 30 €
• Complexe ⁽¹³⁾	60%	+ 80 €
• Très complexe ⁽¹³⁾	60%	+ 80 €
• Supplément verres avec filtre	60%	40%
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60%	40%
Autres suppléments (prisme, système antipostopis, verres iséiconiques)	60%	40%
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60%	40% + 100 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire		100 €/An
Opération de chirurgie correctrice de l'oeil		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).

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 les cas à l'art. L. 165-1 du code de la Sécurité sociale)

(10) 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).

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

(12) Remboursement conditionné au tiers payant et au recours à un opticien partenaire agréé du réseau Kalixia.
À géolocaliser sur Harmonie & Moi, disponible sur smartphone, ordinateur et tablette.

(13) Pour avoir une explication de ce qu'est un verre simple, complexe ou très complexe : rendez-vous en page 5.

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 est 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 doivent être 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.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Soins	
Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹⁴⁾	Remboursement intégral
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽¹⁵⁾ :	
• Prothèses fixes	
• Inlay-Core	
• Prothèses transitoires	
• Inlay onlay	
• Prothèses amovibles	
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres ⁽¹⁶⁾ :	
• 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
Dans le réseau Kalixia ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾	
• Scellement des sillons pour une prémolaire	Remboursement intégral

(14) 100% Santé : Vous êtes intégralement remboursé pour certaines prestations dentaires (sous réserve du respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation).

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

(16) Tarifs libres : Votre dentiste est libre dans les honoraires fixés.

(17) 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.

(18) Le remboursement intégral se limite à des actes de référence (répondant strictement au besoin médical).

[Cliquez ici pour voir la liste des actes](#), ou demandez à la mutuelle.

- 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.

Nos conseils, écoute et orientation

- Des informations médicales, liées à la prévention, au handicap ou à la dépendance,
- Des informations juridiques, administratives, économiques et sociales,
- Des informations vie pratique et quotidienne, et sur les dispositifs de services à la personne,
- Orientation et mise en relation avec un réseau de prestataires qualifiés,
- **Accompagnement psycho-social** face aux aléas de la vie (santé, travail, famille, addiction, financier...) : appels de convivialité, conseil social, soutien psychologique.

Notre accompagnement dans les moments difficiles

Hospitalisation, immobilisation, maternité

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.

L'assistante évalue la situation et définit la prestation la plus adaptée aux besoins de l'adhérent :

- Aide à domicile pour un maximum de 10 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

Prise en charge d'une aide à domicile pendant toute la durée du traitement.

Accompagnement des situations de handicap

Dès la survenue du handicap et en situation de crise :

- Bilan psycho-social de la situation,
- Soutien psychologique pour favoriser le mieux-être,
- Accompagnement social,
- Prestations d'assistance : aide à domicile, prestations de bien-être, garde des enfants...

Action sociale

Proposée par Harmonie mutuelle.

En cas de situation difficile :

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

Notre assistance pour vos voyages à l'international

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,
- Avance des frais médicaux ou prise en charge complémentaire des frais engagés à hauteur de 80 000 € TTC,
- Évacuation et rapatriement sanitaire,
- Transfert médical.

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

Notre soutien à la parentalité

- En cas de maternité de 4 jours : **organisation et prise en charge d'un intervenant qualifié** (auxiliaire de puériculture, puéricultrice, sage-femme...) auprès de la famille.
- En cas d'immobilisation de plus de 5 jours due à une grossesse pathologique : organisation et prise en charge avec le choix entre une **aide à domicile, la garde des enfants** de moins de 16 ans.
- En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 4 jours ou immobilisation imprévue de plus de 5 jours de la "garde d'enfants" habituelle et salariée : organisation et prise en charge avec le choix entre la garde des enfants de moins de 7 ans à domicile ou le transport aller/retour des enfants de moins de 16 ans jusqu'au domicile d'un proche, ou le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile de l'adhérent pour garder les enfants de moins de 16 ans.

Aide aux aidants

L'aidant peut être le bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

L'aidant peut solliciter l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire pour effectuer un bilan de la situation.

Le binôme « aidant-aidé » peut bénéficier :

- d'une **assistance préventive** (prévention de l'épuisement de l'aidant, santé et bien-être de l'aidant, soutien au maintien de l'activité professionnelle de l'aidant...).
- d'une **assistance complète en cas de situation de crise** telle qu'une hospitalisation, immobilisation ou épuisement de l'aidant (prestation d'aide à domicile, prestation de bien-être et de soutien, organisation d'un hébergement temporaire, prestation de garde de nuit à domicile...).
- d'une **assistance en fin de situation d'aidant** telle que lorsque la personne aidée retrouve ses capacités (conseil nutrition, accès à une activité physique...), lorsque la personne aidée décède (conseil gestion du budget, cotisation annuelle à une association...).

Protection juridique

Assurées par CFDP Assurances dans le cadre d'Harmonie Protection Juridique (Extrait des garanties figurant dans la notice d'information Harmonie Protection Juridique).

La protection juridique consiste à **prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers**. Intervention possible dans les domaines médicaux et pharmaceutiques, du handicap, de la dépendance ou des mesures de protection d'un proche mis sous tutelle ou curatelle.

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet – 75015 Paris.

Harmonie Santé Services est un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire souscrit par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de **Ressources Mutuelles Assistance** (RMA, union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28, dont le siège social se situe : 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 Vertou Cedex) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé. Les adhérents affiliés au niveau 2 ou ayant souscrit le renfort 1 de l'axe "être accompagné" bénéficient ainsi que leurs ayants droit de garanties d'assistance dédiées : celles-ci sont souscrites sous la forme d'un contrat collectif d'assurance par la Mutuelle auprès de RMA.

La protection Juridique est assurée auprès de **CFDP Assurances**, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances. Société Anonyme au capital de 1 692 240 €. immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Lyon sous le numéro 958 500ZW0FLQF852NM39. siège social : Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69 003 Lyon