



TABLEAU DE GARANTIES

ÎLE DE FRANCE MUTUELLE SANTÉ

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023

Régime général

	TOTAUX y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)	
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	RÉGIME ÎLE DE FRANCE
Soins courants		
Honoraires médicaux et paramédicaux		
Consultation et visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	125 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prise en charge par la Sécurité sociale	60 % BR	100 % TM
Analyses et examens		
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	60 % ou 70 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux		
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	60 % BR	100 % BR
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)		
Médicaments à SMR important	65 % BR	100 % BR
Médicaments à SMR modéré	30 % BR	80 % BR
Médicaments à SMR faible	15 % BR	15 % BR
<i>SMR : Service Médical Rendu.</i>		
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicaments prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), par année civile et par bénéficiaire ⁽³⁾	Non pris en charge	25 € (y compris homéopathie)
<i>(3) Sur présentation de la prescription médicale.</i>		
Moyens de contraception non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans la limite par année civile et par bénéficiaire ⁽⁴⁾	Certains moyens de contraception sont pris en charge et remboursés comme des médicaments	30 € contraception féminine et masculine
<i>(4) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>		
Matériel médical		
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale	60 % BR	100 % BR
Prothèses mammaire ou capillaire sur prescription médicale par suite de cancer et chimiothérapie	100 % BR	200 €
Aides auditives		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Un équipement est composé d'un appareil par oreille.		
Équipements 100% Santé (Classe 1) ⁽⁷⁾		
Adulte (Bénéficiaire de 20 ans ou plus) ⁽⁷⁾	60% BR	100 % PLV
Enfant (Bénéficiaire de moins de 20 ans) ⁽⁷⁾	60% BR	400 €
	60% BR	1 400 €
Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement du régime obligatoire.		
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	60 % BR	100 % BR

⁽⁷⁾ Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023

Régime général

	TOTAUX y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)	
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	RÉGIME ÎLE DE FRANCE
Autres postes		
Frais de Transport	65 % BR	100 % BR
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale		
Frais médicaux, de séjour et de transport	65 % BR	100 % BR
Hospitalisation		
Hospitalisation chirurgicale et médicale (y compris maternité)		
Frais de séjour		
dans un établissement conventionné	80 % BR	100 % BR
dans un établissement non conventionné	80 % BR	100 % BR
Honoraires		
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	80 % BR	125 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	80 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels
Forfait actes lourds	Non pris en charge	Frais réels
Forfait Patient Urgences	Non pris en charge	Frais réels
Maternité		
Forfait maternité (y compris en cas d'adoption) (la prestation est doublée en cas de naissance multiples) ⁽¹⁾	Non pris en charge	100 €
Optique		
Verres et monture		
Équipements 100% Santé (classe A) ^{(7) (9) (10)}	60 % BR	100 % PLV
Verres et monture à tarifs libres (classe B) ^{(7) (9) (10) (11)}	60 % BR	
Équipement avec verres simples y compris monture		50 €
Équipement avec verres complexes y compris monture		200 €
Équipement avec verres très complexes y compris monture		200 €
Équipement avec verre simple et verre complexe y compris monture		125 €
Équipement avec verre simple et verre très complexe y compris monture		125 €
Équipement avec verre complexe et verre très complexe y compris monture		200 €
Dont monture maximum		50 €
Suppléments		
Supplément verres avec filtres	60 %	100 % BR
Verres équipement 100 % santé		
Appairage de verre d'indice de réfraction différent, verre avec filtre	60 %	100 % BR
Adaptation de la correction visuelle	60 %	100 % BR
Hors verres équipement 100 % santé		
Adaptation de la correction visuelle	60 %	100 % BR
Autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verre iséconique)	60 %	100 % BR
Autres postes optique		
Les lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	60 %	100 % BR

⁽⁷⁾ Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. ⁽⁹⁾ 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. ⁽¹⁰⁾ 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).

⁽¹¹⁾ - **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.

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023

Régime général

	TOTALS y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)	
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	RÉGIME ÎLE DE FRANCE
Dentaire		
Soins et prothèses 100% Santé ⁽²⁾	70 % BR	100 % PLV
Soins (Hors 100% Santé) ⁽²⁾		
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	70 % BR	100 % BR
Scellement par sillon sur une prémolaire	70 % BR	100 % BR
Prothèses (Hors 100% Santé) ⁽²⁾		
à tarifs limités	70 % BR	125 % Prothèses - 100 % inlay core
à tarifs libres	70 % BR	125 % Prothèses - 100 % inlay core
Orthodontie		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	150 % BR
<i>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. (2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</i>		
Prévention		
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	65 % BR	100 % BR
Dépistage de l'hépatite B	65 % BR	100 % BR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum	70 % BR	100 % BR
Dépistage de l'ostéoporose non pris en charge par la Sécurité sociale, limité par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	30 €
Dépistage de la drépanocytose		20 €
Médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin non pris en charge par la Sécurité sociale, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) par année civile et par bénéficiaire ⁽⁸⁾	65 %	30 €
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) en charge par la Sécurité sociale, dans la limite d'une prise en charge tous les 5 ans	100 % BR	100 % BR
⁽⁸⁾ Prise en charge des substituts nicotiniques.		
Médecines non conventionnelles		
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-après ^{(4) (5)}		
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, psychologue, homéopathe, microkinésie, pédicure, podologue, addictologue* dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire		
- de :	Non pris en charge	max 2 séances
- d'un forfait de :	Non pris en charge	30 €/Séance
Équilibre alimentaire - Diététique ^{(4) (5) (6)}	Non pris en charge	110 €/An
⁽⁴⁾ Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). ⁽⁵⁾ 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°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné. ⁽⁶⁾ Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés. * Prise en charge pour des consultations cognito-comportementales et des séances d'hypnose Ericksonienne		
Harmonie Santé Services		
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Oui	Oui

CONDITIONS GÉNÉRALES 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, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- 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.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	Selon la dépense engagée
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,04 €	794,04 €	770,04 €	24 €	0 €
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	413 €	271,70 €	271,70 €	67,93 €	73,38 €
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	451 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	179,30 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 333,75 €	3 333,75 €	2 667,00 €	666,75 €	0,00 €
Soins courants					
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	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	30 €	30 €	20 €	9 €	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 moins de 2 à 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44 €	30 €	20 €	16,50 €	7,50 €
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	55 €	23 €	16,10 €	6,90 €	32,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	58 €	23 €	15,10 €	6,90 €	36,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,23 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120,00 €	84,00 €	66,00 €	397,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	720 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	429,75 €
Optique					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
Ex : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
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 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	50,00 €	288,91 €
Ex : verres progressifs + monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	200,00 €	400,91 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	0 € /an	Selon la dépense engagée
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	0 € /oeil	Selon la dépense engagée
Aides auditives					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 534 €	400 €	240 €	160,00 €	1 134,00 €

1. Les exemples de remboursement 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 remboursement 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/>)



preview - 4468A-0123_LISTG



Harmonie Santé Services est assuré par RMA, union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682. Numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28. Siège social : 46 Rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou Cedex.

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.