

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.

# EXEMPLE 1 (VOIR EN BAS DE LA PAGE) Que pensez-vous de cet exemple ?

Contrat air responsable  
**Garanties SEN202**  
 Prestations en vigueur au 01/01/23  
 TESASEN202 généré le 21/11/22



**Soins courants**



**mutuelle**  
 GROUPE **vyv**  
**AVANÇONS collectif**

## 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 aux dispositifs 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 :

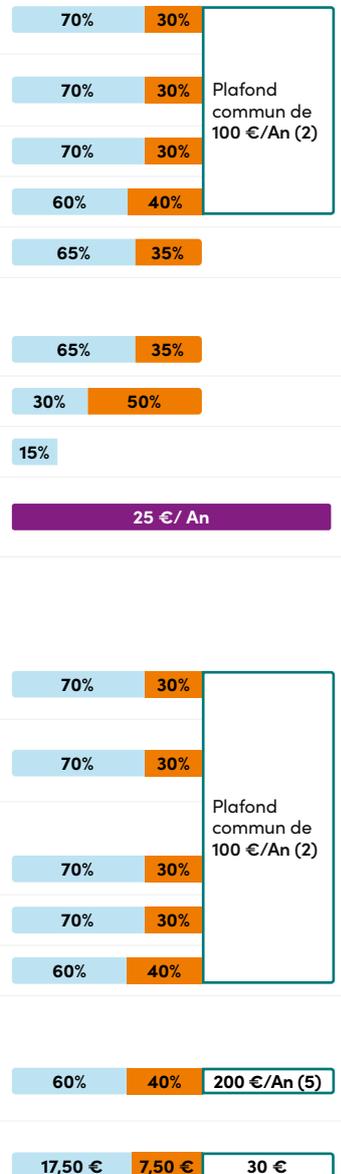
- Adhérents à l'OPTAM<sup>(1)</sup>
- Non adhérents à l'OPTAM<sup>(1)</sup>

Examens de laboratoires

## Matériel médical

Orthopédie, appareillage et accessoires médicaux acceptés par la Sécurité sociale

**Votre remboursement**  
 (par bénéficiaire)



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

**EXEMPLE 01**

# EXEMPLE 2 (VOIR EN BAS DE LA PAGE) Que pensez-vous de cet exemple ?

Contrat air responsable  
**Garanties SEN202**  
 Prestations en vigueur au 01/01/23  
 TESASEN202 généré le 21/11/22



**Soins courants**



**mutuelle**  
 GROUPE **vvv**  
**AVANÇONS collectif**

## 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 aux dispositifs 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 :

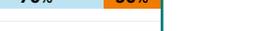
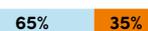
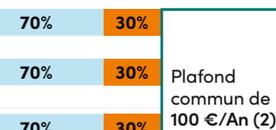
- **Adhérents à l'OPTAM<sup>(1)</sup>**
- **Non adhérents à l'OPTAM<sup>(1)</sup>**

Examens de laboratoires

## Matériel médical

Orthopédie, appareillage et accessoires médicaux acceptés par la Sécurité sociale

**Votre remboursement**  
 (par bénéficiaire)



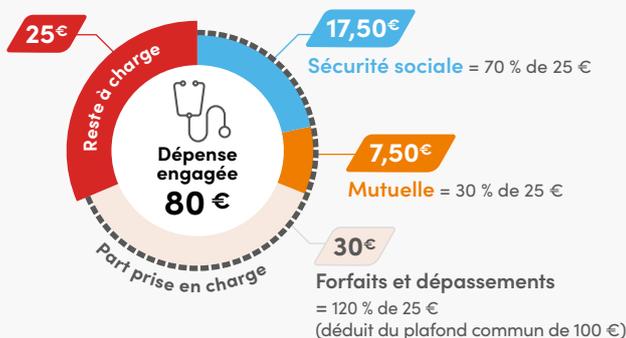
**EXEMPLE 02**

## MÉTHODE DE CALCUL DU RESTE À CHARGE

Exemple : consultation pour un adulte chez un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires (adhérent à l'OPTAM).

Tarif de 80 € et une base de remboursement de 25 €\*.

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





### 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 aux dispositifs 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 :

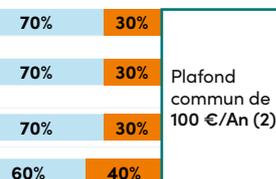
- Adhérents à l'OPTAM<sup>(1)</sup>**
- Non adhérents à l'OPTAM<sup>(1)</sup>**

Examens de laboratoires

### Matériel médical

Orthopédie, appareillage et accessoires médicaux acceptés par la Sécurité sociale

**Votre remboursement**  
 (par bénéficiaire)



Plafond commun de 100 €/An (2)

Plafond commun de 100 €/An (2)

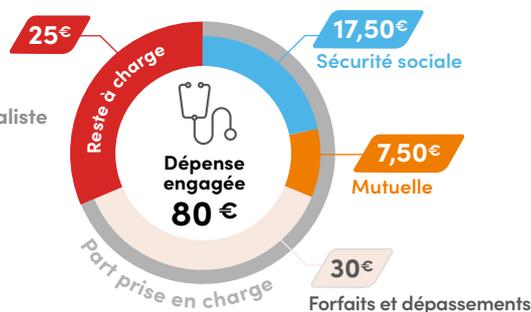
200 €/An (5)

## EXEMPLE 03

### MÉTHODE DE CALCUL DU RESTE À CHARGE

Exemple : consultation pour un adulte chez un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires (adhérent à l'OPTAM).  
 Tarif de 80 € et une base de remboursement de 25 €\*.

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





## 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			

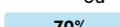
#### À savoir

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>200 €/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 aux dispositifs 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...	65% ou 100%	35%
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.

	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	60%	350 €
• Monture + verres très complexes	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 €
Supplément verres avec filtre	60%	40%
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60%	40%
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	40%
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60%	40% 100 €/An
Opération de chirurgie correctrice de l'œil	200 €/Oeil	

**(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.**

 **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.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)		
Soins	70%	30%	25%
Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(16)</sup>	Remboursement intégral		
Soins et Prothèses dentaires à tarif maîtrisé <sup>(17)</sup> :			
• Prothèses fixes	70%	30%	25%
• Inlay-Core	70%	30%	25%
• Prothèses amovibles	70%	30%	25%
• Prothèses transitoires	70%	30%	
• Inlay onlay	70%	30%	25%
Soins et Prothèses dentaires à tarif libre <sup>(19)</sup> :			
• Prothèses fixes	70%	30%	25%
• Inlay-Core	70%	30%	25%
• Prothèses amovibles	70%	30%	25%
• Prothèses transitoires	70%	30%	
• Inlay onlay	70%	30%	25%
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale :	70%	30%	
	ou		
	100%		

**(16) 100% Santé :** Vous êtes intégralement remboursé pour certaines prestations dentaires (sous réserve du respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation).

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

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

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

### 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.

**(20)** 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.

**(21)** 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.

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

**(23)** 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.

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

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



## Prévention

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Vaccin anti-grippal <sup>(22)</sup>	Plafond commun de 75 €/An (24)
Autres vaccins (selon liste) <sup>(22)</sup>	
Ergothérapie <sup>(23)</sup>	
Psychomotricité <sup>(23)</sup>	



## Harmonie Santé Services

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