TABLEAU DES PRESTATIONS

H01529

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2025 - H01529 généré le 08/10/2024

Régime Général	**Régime Obligatoire *** (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		**Total** y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 35 %	**135 %**
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 15 %	**115 %**
Actes de sages-femmes	70 %	30 %		**100 %**
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		**100 %**
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 %	45 %		**100 %**
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		**100 %**
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		**100 %**
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		**100 %**
(*) SMR: Service Médical Rendu.				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 35 %	**135 %**
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 15 %	**115 %**
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %		**100 %**
- Autres praticiens	70 %	30 %		**100 %**
Examens de laboratoires	60 %	40 %		**100 %**
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 100 %	**200 %**
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 100 %	**200 %**
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (1)(2)				**100 % Santé**
Equipement à tarif libre (1)(2)	60 %	40 %	+ 100 %	**200 %**
+ Forfait supplémentaire (1)(2)			10 % du PMSS/Appareil	**10 % du PMSS/Appareil**
Piles	60 %	40 %		**100 %**
(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.				
(2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.				
Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		**100 %**
+ Forfait supplémentaire			100 €	**100 €**
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		**100 %**

H01529

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
HOSPITALISATION (suite)				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 35 %	**135 %**
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 15 %	**115 %**
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 % ou 100 %	45 % ou 0 %		**100 %**
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	**Frais réels**
Chambre particulière avec nuitée (3)			Frais réels	**Frais réels**
Chambre particulière en ambulatoire (4)			15 €/Jour	**15 €/Jour**
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (5)			25 €/Jour	**25 €/Jour**

(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :

- cures médicales en établissements de personnes âgées,

- ateliers thérapeutiques,

- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,

- centres de rééducation professionnelle

- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

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

Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

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

MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 35 %	**135 %**
- Autres praticiens	100 %		+ 15 %	**115 %**
Chambre particulière avec nuitée (3)			Frais réels	**Frais réels**
Indemnité de naissance (6)			10 % du PMSS	**10 % du PMSS**

(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(6) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (1)(7)(8)				
- Monture				**100 % Santé**
- Verres				**100 % Santé**
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				**100 % Santé**
Equipement à tarif libre (1)(7)(8)(9)				
- Monture	60 %		40 €	**60 % + 40 €**
- Par verre				
- Simple	60 %		30 €	**60 % + 30 €**
- Complexe	60 %		80 €	**60 % + 80 €**
- Très complexe	60 %		80 €	**60 % + 80 €**
- Supplément verres avec filtre	60 %	40 %		**100 %**
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		**100 %**
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		**100 %**
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 100 €/An		**100 % + 100 €/An**

H01529

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE (suite)				
Lentilles refusées par le régime obligatoire			100 €/An	**100 €/An**
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire (10)			100 €/Oeil	**100 €/Oeil**

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

(7) 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.

(8) 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).

(9) - 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.

(10) 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.

DENTAIRE				
Soins	60 %	40 %		**100 %**
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (11)				**100 % Santé**
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maitrisés (11)				
- Prothèses fixes	60 %	40 %	+ 50 %	**150 %**
- Inlay-Core	60 %	40 %	+ 50 %	**150 %**
- Prothèses transitoires	60 %	40 %	+ 25 %	**125 %**
- Inlay onlay	60 %	40 %		**100 %**
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	+ 50 %	**150 %**
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	60 %	40 %	+ 50 %	**150 %**
- Inlay-core	60 %	40 %	+ 50 %	**150 %**
- Prothèses transitoires	60 %	40 %	+ 25 %	**125 %**
- Inlay onlay	60 %	40 %		**100 %**
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	+ 50 %	**150 %**
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (12)			+ 150 %	**150 %**
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	+ 50 %	**150 %**

(*) 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.

(11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(12) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.

H01529

Garantie dite "responsable"

Régime Général	**Régime Obligatoire *** (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		**Total** y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS - neurostimulation électrique transcutanée (13)(14)(15)			20 €/Séance	**20 €/Séance**
(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
(14) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire.				
(15) 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.				
CONTRACEPTION				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (13)			50 €/An	**50 €/An**
(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
PREVENTION				
Vaccin anti-grippal (13)			Frais réels	**Frais réels**
Autres vaccins (13)			25 €/An	**25 €/An**
(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	**Oui**

(*) CONDITIONS GENERALES 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.

- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

-déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L160-13 II du code de la sécurité sociale)

-déduction des franchises médicales (visées à l'article L160-13 III du code de la sécurité sociale)

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle du lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement santé (Forfait Patient Urgence).

- Les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (cotés DE par les professionnels de santé) ne sont pas pris en charge.

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.