

**AVENANT DU 1^{ER} MARS 2019 A L'ACCORD DE GROUPE
RELATIF A LA COMPLEMENTAIRE SANTE DU 11 FEVRIER 2013**

Entre le groupe de sociétés ci-après :

- TOTAL S.A.
- ELF EXPLORATION PRODUCTION S.A.S.
- TOTAL EXPLORATION PRODUCTION FRANCE S.A.S.
- TOTAL GLOBAL SERVICES S.A.S.
- TOTAL GLOBAL FINANCIAL SERVICES S.A.S.
- TOTAL GLOBAL PROCUREMENT S.A.S.
- TOTAL GLOBAL HUMAN RESOURCES SERVICES S.A.S.
- TOTAL LEARNING SOLUTIONS S.A.S.
- TOTAL FACILITIES MANAGEMENT SERVICES S.A.S.
- TOTAL CONSULTING S.A.S.
- TOTAL MARKETING SERVICES S.A.
- TOTAL MARKETING FRANCE S.A.S.
- TOTAL ADDITIFS ET CARBURANTS SPECIAUX S.A.S.
- TOTAL FLUIDES S.A.S.
- TOTAL LUBRIFIANTS S.A.
- TOTAL RAFFINAGE CHIMIE S.A.
- TOTAL PETROCHEMICALS FRANCE S.A.
- TOTAL RAFFINAGE FRANCE S.A.S.
- ELF AQUITAINE S.A.

représenté par Monsieur Gilles NOGUEROL, Directeur des Relations Sociales Groupe, ayant reçu mandat de toutes les Sociétés susvisées pour la conclusion du présent avenant

d'une part,

et les Organisations Syndicales représentatives au périmètre de ce groupe de sociétés :

CONFEDERATION AUTONOME DU TRAVAIL - CAT

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DÉMOCRATIQUE DU TRAVAIL – CFDT

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ENCADREMENT CGC – CFE-CGC

CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL – CGT

SYNDICAT DES INGÉNIEURS CADRES TECHNICIENS AGENTS DE MAÎTRISE ET EMPLOYÉS – SICTAME-UNSA

d'autre part,

FR

GN

JA

Préambule

Le présent avenant s'inscrit dans le cadre de la mise en conformité avec les nouvelles dispositions législatives et réglementaires suivantes :

- La Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie du 21 juin 2018 prévoyant la mise en place du panier de soins à reste à charge modéré à compter du 1^{er} avril 2019 ;
- La loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale et les décrets du 11 janvier 2019 et du 31 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires. Ces dispositions adaptent au nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés, adaptation qui doit être mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2020.

Au-delà des évolutions législatives et réglementaires, le présent avenant a été conclu afin :

- D'améliorer certaines garanties dans le respect des plafonds de prise en charge fixés par le cahier des charges du contrat responsable et solidaire ;
- Mettre en place un dispositif d'aide aux aidants ;
- Modifier les règles de gouvernance d'Harmonie Mutuelle et de suivi de la complémentaire santé.

Il a, en conséquence, été décidé de modifier l'accord de groupe relatif à la complémentaire santé du 11 février 2013 et ses avenants dans les conditions suivantes :

Article 1 Grille de prestations DACO

La grille de prestations « DACO Responsable Socle Social Commun » figurant en annexe de l'avenant du 15 juillet 2015 est modifiée et remplacée par les grilles « DACO Responsable et Solidaire Socle Social Commun », décrites en annexe du présent avenant.

Article 2 Cotisations DACO

Les tableaux figurant à l'article 4 de l'avenant du 15 juillet 2015 sont inchangés. En revanche et compte tenu des résultats du contrat d'assurance et du niveau des réserves actuelles, les parties décident d'appliquer un taux d'appel de 95% de la cotisation globale applicable au « DACO ».

Ce taux d'appel sera maintenu jusqu'à mise en œuvre des conclusions de l'exercice de revoyure décrit à l'article 10, sous réserve que le niveau des réserves du régime DACO ne soit pas inférieur à 4 millions d'euros. Il est précisé que l'appréciation du niveau des réserves se fera au cours de la Commission de Suivi de la Complémentaire Santé du premier semestre de l'année N, qui examine les réserves au 31 décembre de l'année N-1.

Dans l'hypothèse où le niveau des réserves du régime DACO serait inférieur à 4 millions d'euros, les parties conviennent de se réunir dans les plus brefs délais afin de décider d'un nouveau taux d'appel. Dans cette attente, la cotisation contractuelle est automatiquement appliquée.

PL 60 JA 2
PC

Article 3

Grilles de prestations DAIF

Les grilles de prestations « DAIF Responsable Socle Social Commun » et « DAIF Responsable Sérénité » figurant en annexe de l'avenant du 15 juillet 2015 sont modifiées et remplacées par les grilles « DAIF Responsable et Solidaire Socle Social Commun » et « DAIF Responsable et Solidaire Sérénité », décrites en annexe du présent avenant.

Article 4

Bénéficiaires du DAIF et cotisations

Il est ajouté à l'article 7 de l'avenant du 15 juillet 2015 les dispositions suivantes :

« les membres du personnel partant en retraite à compter du 1^{er} juillet 2017 et adhérant alors au régime DAIF Responsable et Solidaire SSC et/ou au régime DAIF Surcomplémentaire bénéficient des dispositions du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Ce décret organise un plafonnement progressif des tarifs, échelonné sur trois ans, à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion, selon les modalités suivantes :

1° La première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
2° La deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

3° La troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Au-delà de ces trois années, les plafonds précités ne sont pas applicables. »

Article 5

Mise en place d'un dispositif d'aide aux aidants

Les parties s'engagent à constituer un groupe de travail dont l'objectif sera d'étudier ce qu'il est possible de mettre en place en matière d'aide aux aidants et ce, en vue de définir un dispositif d'ici fin 2019 pour une mise en œuvre en 2020. Ce groupe de travail sera composé de représentants de la Direction et de deux représentants par Organisation Syndicale Représentative au périmètre du présent accord. Les Organisations Syndicales Représentatives ont la possibilité de désigner des remplaçants en cas d'indisponibilité des représentants désignés audit groupe de travail.

Article 6

Gouvernance Harmonie Mutuelle

Les parties conviennent de faire évoluer la représentation du contrat TOTAL dans la Gouvernance Harmonie Mutuelle en conformité avec les statuts Harmonie Mutuelle. En conséquence, le relevé de conclusions du 28 mars 2014 relatif à la Gouvernance Harmonie Mutuelle est modifié comme suit :

La désignation des Délégués à l'Assemblée Générale est désormais réalisée comme suit :

« Quatre postes de délégués à l'Assemblée Générale sont dédiés au contrat TOTAL. Ces postes sont répartis comme suit :

- les trois organisations syndicales les plus représentatives au périmètre de l'accord relatif à la complémentaire santé désigneront chacune un délégué pour l'Assemblée Générale ;
- la Direction désignera un représentant du département DG/PSR/RH/RESE/PRES en tant que Délégué.

FR

GU

JA

JE

Les délégués à l'Assemblée Générale sont désignés pour 6 ans à compter de la prochaine Assemblée Générale d'Harmonie Mutuelle prévue le 20 juin 2019.

Ces désignations feront l'objet d'une information de la Direction des Relations Sociales Groupe avant le 15 mars 2019 pour communication à Harmonie Mutuelle.

La désignation par une Organisation Syndicale du Délégué à l'Assemblée Générale vaut en principe pour la durée du mandat. En cas de circonstances particulières (ex : démission, décès, changement d'organisation syndicale...) il est possible à cette organisation syndicale de modifier sa désignation en cours de mandat. Les parties conviennent également qu'en cas d'élections professionnelles aboutissant à une modification des 3 organisations syndicales les plus représentatives au périmètre de l'accord, une nouvelle désignation sera opérée pour la durée du mandat de délégué restant à courir.

Les parties conviennent que les Délégués désignés à l'Assemblée Générale seront de préférence choisis parmi les adhérents au DACO (sans exclure les adhérents au dispositif DAIF conformément aux statuts d'Harmonie Mutuelle) et seront en tout état de cause membres de la commission de suivi interne de la complémentaire santé.

Par ailleurs, les organisations syndicales représentatives au périmètre de l'accord n'ayant pas de délégués à l'Assemblée Générale pourront y participer, sur invitation d'Harmonie Mutuelle, à hauteur d'un participant par organisation syndicale. Les invités à l'Assemblée Générale ne disposent pas de droit de vote.

La désignation des participants aux Commissions et Comité Techniques de Harmonie Mutuelle est désormais réalisée comme suit :

« Les Organisations Syndicales représentatives au périmètre de l'accord relatif à la complémentaire santé relèvent l'intérêt de participer aux cinq Commissions et Comité Techniques suivants :

- La Commission Finances ;
- La Commission Prévention, promotion de la santé ;
- La Commission Innovation, offre et services ;
- La Commission Territoires et Proximité ;
- Le Comité Formation des élus.

Contrairement aux Commissions Techniques nécessitant une simple désignation, le candidat présenté pour le Comité Formation des élus est, en fonction de sa compétence ou expérience en matière de formation, nommé par le Conseil d'Administration.

Selon une répartition convenue entre elles, les Organisations Syndicales représentatives fourniront la liste des 5 représentants à ces Commissions et Comité (à raison d'un représentant par Commission / Comité).

Chaque membre participant aux Commissions et Comité Techniques susmentionnées :

- peut être désigné parmi les adhérents au DACO ou DAIF adhérent au contrat collectif de TOTAL ;
- n'est pas nécessairement désigné délégué à l'Assemblée Générale d'Harmonie Mutuelle.

La Direction communiquera aux Organisations Syndicales la représentativité de chacune d'elles au périmètre de l'accord relatif à la complémentaire santé du 11 février 2013.

La répartition au sein de ces Commissions et Comité Techniques sera formalisée par un relevé de conclusions unanime signé entre les Organisations Syndicales représentatives concernées.

Ce relevé de conclusions sera communiqué à la Direction des Relations Sociales Groupe avant le 15 mars 2019, afin que celle-ci transfère la liste nominative des participants à Harmonie Mutuelle.

En cas de désaccord entre les Organisations Syndicales, le départage, tant pour la nature de la Commission et Comité que pour le nombre de représentants, s'effectuera considérant le poids de la représentativité de l'Organisation Syndicale (la plus représentative choisissant de nommer une personne pour une des commissions en premier, puis la seconde en fait de même parmi les commissions restantes, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'une désignation soit fait pour chacune des commissions). »

La désignation des membres de la Section professionnelle d'Harmonie Mutuelle intitulée Harmonie Entreprises est désormais réalisée comme suit :

« Conformément aux statuts d'Harmonie Mutuelle, quatre postes de membre de la section professionnelle « D » consacrée aux très grandes sociétés sont dédiés au contrat TOTAL. Ces postes sont occupés par les délégués à l'Assemblée Générale.

Les organisations syndicales représentatives n'ayant pas de délégués à l'Assemblée Générale pourront, sur invitation, participer à la section professionnelle.

La section professionnelle se réunit en principe 3 fois par an. Les missions de la section professionnelle seront organisées dans le règlement intérieur de ladite section. »

Les autres dispositions du relevé de conclusions du 28 mars 2014 restent inchangées.

Article 7

Suivi de la complémentaire santé et de la surcomplémentaire santé

Les parties au présent avenant conviennent de faire évoluer la composition de la commission de suivi de la complémentaire santé. En conséquence, l'article 7.1 figurant dans l'article 10 de l'avenant du 15 juillet 2015 est modifié et remplacé comme suit :

« Le suivi des résultats du régime complémentaire santé et de la couverture surcomplémentaire est assuré par une commission de suivi qui comprend :

- des représentants de la Direction ;
- trois représentants désignés par chacune des Organisations Syndicales représentatives au niveau de l'ensemble des sociétés concernées par le champ d'application du présent accord et signataires ou adhérentes¹ à l'accord complémentaire santé du 11 février 2013.

Les représentants désignés par les Organisations Syndicales susvisées sont des adhérents au « DACO » à l'exception d'un représentant maximum qui pourra être adhérent au « DAIF ». La durée des mandats est de trois ans.

Il est désigné dans les mêmes conditions des représentants du personnel suppléants susceptibles de participer aux réunions en l'absence des titulaires. Les représentants suppléants pourront participer aux réunions préparatoires de la commission de suivi.

Ces désignations feront l'objet d'une information de la Direction des Relations Sociales Groupe avant le 31 mai 2019.

En cas de circonstances particulières (ex : démission, décès, changement d'organisation syndicale...), l'organisation syndicale pourra modifier sa désignation en cours de mandat.

Les membres de la commission de suivi suivront une formation assurée par le département DG/PSR/RH/RESE/PRES et/ou Harmonie Mutuelle.

La commission de suivi se réunit deux fois par an à hauteur d'une journée en juin et d'une demi-journée en novembre :

- pour examiner les comptes annuels de résultats du contrat d'assurance sur la base des résultats, données, statistiques et, le cas échéant, de données complémentaires utiles aux travaux de suivi de la commission, fournis par l'organisme assureur mutualiste. Au cours de cette réunion, sont examinées les éventuelles ressources excédentaires résultant du fonctionnement du contrat d'assurance et de leur utilisation.

¹ Notamment par la signature d'un avenant à l'accord du 11 février 2013

fp

6U

JA

A cette fin, la commission de suivi de la complémentaire santé peut s'adjoindre la présence de représentants de l'organisme assureur mutualiste pour présentation et commentaires sur l'évolution du dispositif ainsi que celle d'un expert désigné d'un commun accord entre la Direction et les représentants des Organisations syndicales représentatives au niveau de l'ensemble des sociétés concernées.

- pour être informée et débattre en tant que de besoin de l'évolution des niveaux de cotisations et des garanties applicables, notamment des résultats estimés des comptes, des modifications ou adaptations rendues nécessaires ou souhaitables par des changements de réglementation (ex : désengagement de la Sécurité sociale, contraintes légales liées à l'application de directives européennes, etc...) et, le cas échéant, des changements de périmètre, avant mise en œuvre des évolutions éventuelles de cotisations,
- pour faire, chaque année, le bilan des mesures d'action sociale prises par l'organisme assureur mutualiste pour les adhérents et leurs ayants droit.
- Pour être informée, le cas échéant, de tout projet de résiliation du contrat d'assurance. »

Les articles 7.2. et 7.3. de l'avenant du 15 juillet 2015 sont inchangés.

Article 9

Durée

Le présent avenant entre en vigueur à compter du 1^{er} avril 2019. Il se substitue de plein droit aux dispositions de l'accord du 11 février 2013 et de ses avenants qu'il vient modifier. Il est conclu pour une durée indéterminée.

Article 10

Clause de revoyure

Afin de tenir compte des éventuels impacts des évolutions législatives évoquées en préambule ou de ceux pouvant résulter du présent avenant, sur les régimes complémentaire santé et surcomplémentaire santé DACO et DAIF, les organisations syndicales représentatives au périmètre de l'accord seront conviées, au second semestre 2021, à une réunion de négociation incluant un bilan des mesures prévues par le présent avenant.

Article 11

Révision – Dénonciation

L'article 8.2 de l'accord du 11 février 2013 relatif à la révision et dénonciation est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le présent accord pourra faire l'objet d'une révision conformément aux dispositions des articles L2261-7-1 et L2261-8 du code du travail.

Toute demande de révision devra être notifiée aux parties signataires par courrier électronique avec un préavis de 1 mois.

En cas de demande de révision émanant d'une partie habilitée en application de l'article L2261-7-1 du code du travail, les négociations commenceront dans les 3 mois suivant la réception de la demande.

Le présent accord pourra être dénoncé conformément aux dispositions des articles L2261-9 et suivants du code du travail. La dénonciation doit être portée à la connaissance des autres parties signataires.»

Article 12

Dépôt

Le texte du présent avenant sera déposé auprès de la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi) de l'Ile-de-France, auprès du secrétariat du greffe du Conseil de Prud'hommes de Nanterre conformément aux dispositions des articles L.2231-6 et D.2231-2 du Code du travail.

Fait à Courbevoie, le 1^{er} mars 2019

En 7 exemplaires originaux

FR

ON

JA

bc

Pour le groupe de sociétés ci-après :

TOTAL S.A.
ELF EXPLORATION PRODUCTION S.A.S.
TOTAL EXPLORATION PRODUCTION FRANCE S.A.S.
TOTAL GLOBAL SERVICES S.A.S.
TOTAL GLOBAL FINANCIAL SERVICES S.A.S.
TOTAL GLOBAL PROCUREMENT S.A.S.
TOTAL GLOBAL HUMAN RESOURCES SERVICES S.A.S.
TOTAL LEARNING SOLUTIONS S.A.S.
TOTAL FACILITIES MANAGEMENT SERVICES S.A.S.
TOTAL CONSULTING S.A.S.
TOTAL MARKETING SERVICES S.A.
TOTAL MARKETING FRANCE S.A.S
TOTAL ADDITIFS ET CARBURANTS SPECIAUX S.A.S.
TOTAL FLUIDES S.A.S.
TOTAL LUBRIFIANTS S.A.
TOTAL RAFFINAGE CHIMIE S.A.
TOTAL PETROCHEMICALS FRANCE S.A.
TOTAL RAFFINAGE FRANCE S.A.S.
ELF AQUITAINE S.A.

Monsieur Gilles NOGUEROL, Directeur des Relations Sociales Groupe, ayant reçu mandat de toutes les Sociétés susvisées pour la conclusion du présent avenant :

 G NOGUEROL

Pour les Organisations Syndicales représentatives au niveau de ce groupe de sociétés :

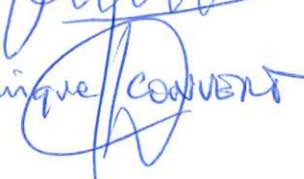
CONFEDERATION AUTONOME DU TRAVAIL - CAT

JOEL AUTIÉ 

CONFEDERATION FRANÇAISE DÉMOCRATIQUE DU TRAVAIL – CFDT

FRANÇOIS PELEGNINA 

CONFEDERATION FRANÇAISE DE L'ENCADREMENT CGC – CFE-CGC

DOMINIQUE COUVERT 

CONFEDERATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL – CGT

E. SELLINI 

SYNDICAT DES INGENIEURS CADRES TECHNICIENS AGENTS DE MAÎTRISE ET EMPLOYES – SICTAME-UNSA

ANNEXE 1 : GRILLES DE PRESTATIONS COMPLEMENTAIRE DACO et DAIF (à titre d'information)

fr

SV
JA

K DC

Garanties DACO Responsable et Solidaire SSC du 1/4/19 au 31/12/19

		Rbt de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Socle Social Commun (SSC)	Rbt AMO + SSC
<i>- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de l'AMO (voir note ci-dessous)</i> <i>- 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 (voir note ci-dessous)</i>				
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS			
	HONORAIRES MEDICAUX ⁽¹⁾			
	Consultation - visite d'un médecin généraliste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Consultation - visite d'un médecin généraliste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	110% / 80%	180%
	Consultation - visite d'un médecin spécialiste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	330% / 300%	400%
	Consultation - visite d'un médecin spécialiste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	280% / 250%	350%
	Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	105% / 75%	175%
	Actes de sages-femmes	70% / 100%	30% / 0%	100%
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
	Analyses et examens de laboratoire	60% / 70% / 100%	40% / 30% / 0%	100%
	HONORAIRES PARAMEDICAUX ⁽¹⁾			
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60% / 100%	40% / 0%	100%
	MEDICAMENTS			
	Service Médical Rendu Important	65%	35%	100%
	Service Médical Rendu Modéré	30%	70%	100%
	Service Médical Rendu Faible	15%	85%	100%
	MATERIEL MEDICAL			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	60% / 100%	400%	460% / 500%	
Véhicule pour handicapés physiques	100%	400%	500%	
TRANSPORT SANITAIRE				
Transport sanitaire	65% / 100%	35% / 0%	100%	
AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES			
	Remboursement limité, pour chaque oreille, à 1700€ y compris AMO et à une audioprothèse tous les 4 ans, comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive			
	Prothèse auditive remboursable de classe I	60% / 100%	510% / 470%	570%
	Prothèse auditive remboursable de classe II	60% / 100%	510% / 470%	570%
	Entretien, fournitures et accessoires	60% / 100%	350% / 310%	410%
OPTIQUE	OPTIQUE			
	Monture adulte ⁽²⁾	60% / 100%	150 €	60% / 100% + 150€
	Monture enfant ⁽²⁾	60% / 100%	120 €	60% / 100% + 120€
	Verres ⁽²⁾	60% / 100%	grille optique	grille optique
	Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kaliva			Prise en charge intégrale
	Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti-reflet ⁽³⁾			Prise en charge intégrale
Lentilles remboursées ou non par l'AMO	0% / 60% / 100%	200€/année civile	0% / 60% / 100% + 200€/année civile	
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO		1 300€/œil	1 300€/œil	
DENTAIRE	DENTAIRE			
	<i>(Prise en charge dentaire dans la limite d'un plafond de 100 % PMSS par année civile et par bénéficiaire hors soins dentaires et implants. Au delà, le remboursement de la prothèse dentaire et les soins d'orthodontie sera limité à 125% BR y compris SS)</i>			
	SOINS			
	Soins dentaires	70% / 100%	30% / 0%	100%
	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté (inlay-onlay) composite ou en alliage non précieux	70% / 100%	500% / 470%	570%
	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté (inlay-onlay) céramique ou en alliage précieux	70% / 100%	500% / 470%	570%
	PROTHESES REMBOURSEES PAR L'AMO			
	Prothèses fixes	70% / 100%	500% / 470%	570%
	Prothèses plurales (bridges)	70% / 100%	500% / 470%	570%
	+ Adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base	70% / 100%	500% / 470%	570%
	+ Adjonction d'un élément intermédiaire ⁽⁴⁾	0% / 70% / 100%	258€/inter.	0% / 70% / 100% + 258€/inter.
	Prothèses mobiles	70% / 100%	500% / 470%	570%
	Réparations sur prothèses	70% / 100%	500% / 470%	570%
	Inlay-core	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Couronnes dentaires transitoires	70% / 100%	500% / 470%	570%
	ORTHODONTIE			
	Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	350%	450%
	Orthodontie non remboursée par l'AMO		300%	300%
AUTRES ACTES NON REMBOURSEES PAR L'AMO				
Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO (hors implantologie)		200€/année civile	200€/année civile	
Implants (radio, préparation, pose, inlay) - max 2 implants par année civile		1150€/implant	1150€/implant	
Parodontologie ⁽⁵⁾		250€/année civile	250€/année civile	

FP

GU

JS

te

de

HOSPITALISATION				
HOSPITALISATION	MEDICALE ET CHIRURGICALE ⁽¹⁾			
	Forfait journalier hospitalier ⁽⁶⁾		100%	
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Participation du patient		100%	100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	320% / 300%	400%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	120% / 100%	200%
	Chambre particulière avec chirurgie hors ambulatoire		110€/jour	110€/jour
	Chambre particulière sans chirurgie hors ambulatoire		80€/jour	80€/jour
	Chambre particulière ambulatoire		60€/jour	60€/jour
	Frais d'accompagnement d'un assuré enfant ou de plus de 75 ans, ou d'un assuré handicapé quel que soit l'âge		50€/jour	50€/jour
	MATERNITE ⁽¹⁾			
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	320% / 300%	400%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	120% / 100%	200%
	Chambre particulière		110€/jour	110€/jour
MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE ⁽¹⁾				
Forfait journalier hospitalier ⁽⁶⁾		100%	100%	
Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%	
Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	20% / 0%	100%	
Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	20% / 0%	100%	
Chambre particulière (si séjour consécutif à une hospitalisation) - max 30 jours / année civile		20€/jour	20€/jour	
CURE THERMALE	CURE THERMALE - ACCÈS CENTRE PAR L'AMO			
	Hébergement		200€/année civile	
	Transport	65% / 100%	35% / 0%	100%
	Frais établissement thermal	65% / 100%	35% / 0%	100%
	Honoraires médicaux	70% / 100%	30% / 0%	100%
AUTRES	AUTRES			
	Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO		80€/année civile	
	Consultations non remboursées par l'AMO : Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS - neurostimulation électrique transcutanée, Diététiciens, Psychologues - max 6 séances par année civile ⁽⁷⁾		30€/séance	30€/séance
	Vaccins non pris en charge par le RO - selon liste sur le site internet Harmonie mutuelle		75 €/année civile	75 €/année civile
	Autotests : Auto tensiomètre, oxymètre de pouls, oxymètre de doigt, autocontrôle glycémique ou débilimètre de pointe - sur prescription médicale		120€/An	120€/An
	Amniocentèse refusée (femmes âgées de moins de 38 ans)		150€/acte	150€/acte
	OFFRE HANDICAP			
	Déambulateur, canne, petits appareillages aidant aux déplacements, canne blanche - sous réserve de la prise en charge de l'AMO		200€/An	200€/An
	Piles pour appareillages ou dispositifs médicaux remboursés ou aides techniques remboursées par la mutuelle - sous réserve de la prise en charge de l'AMO		30€/An	30€/An
	Aides techniques inscrites au I-2 de l'arrêté du 28/12/2005 - Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés au 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L245-3 du code de l'action sociale et des familles ⁽⁸⁾		250€/An	250€/An
ASSISTANCE	ASSISTANCE			
	Assistance santé et assistance à l'étranger - selon notice d'information		Oui	Oui

(1) En cas de dépassement d'honoraires pour exigence personnelle (DE), les remboursements sont réglés sans le dépassement.

(2) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

(3) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle. La prise en charge intégrale s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable.

(4) Pour les intermédiaires de bridges non remboursés par l'AMO, joindre une facture.

(5) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.

(6) 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, psychopédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle,
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(7) (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° FINISS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.)

(8) Exemple d'aides techniques inscrites:

Tige ou crochet pour l'habillement ou le déshabillage, surélévateur de WC, tabouret de douche, barres d'appui, aides à la préparation de la nourriture et des boissons, logiciels grossissants, téléphones visuels et vidéophones...

Versement du forfait sur prescription médicale et si l'aide technique n'a pas été intégralement remboursée dans le cadre de la prestation de compensation du handicap.

GRILLE OPTIQUE**Verres unifocaux (simple foyer)**

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	80 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	120 €
	0 à 4	> 2	
Classe 3	4,25 à 6	≤ 2	140 €
	4,25 à 6	> 2	
Classe 4	6,25 à 8	≤ 2	170 €
Classe 5	6,25 à 8	> 2	250 €
	> 8	tous	

Verres multifocaux (progressifs)

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	230 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	260 €
Classe 3	0 à 4	> 2	280 €
	4,25 à 6	≤ 2	
Classe 4	4,25 à 6	> 2	300 €
	6,25 à 8	≤ 2	
	6,25 à 8	> 2	
Classe 5	> 8	tous	350 €

GP

GN

JA

E

Garanties DACO Responsable et Solidaire SSC à partir du 1/1/2020

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de l'AMO (voir note ci-dessous) - 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 (voir note ci-dessous)		Rbt de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Socle Social Commun (SSC)	Rbt AMO + SSC
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX ⁽¹⁾			
	Consultation - visite d'un médecin généraliste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Consultation - visite d'un médecin généraliste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	110% / 80%	180%
	Consultation - visite d'un médecin spécialiste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	330% / 300%	400%
	Consultation - visite d'un médecin spécialiste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	280% / 250%	350%
	Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	105% / 75%	175%
	Actes de sages-femmes	70% / 100%	30% / 0%	100%
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
	Analyses et examens de laboratoire	60% / 70% / 100%	40% / 30% / 0%	100%
	HONORAIRES PARAMEDICAUX ⁽¹⁾			
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60% / 100%	40% / 0%	100%
	MEDICAMENTS			
	Service Médical Rendu Important	65%	35%	100%
	Service Médical Rendu Modéré	30%	70%	100%
	Service Médical Rendu Faible	15%	85%	100%
MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	60% / 100%	400%	460% / 500%	
Véhicule pour handicapés physiques	100%	400%	500%	
TRANSPORT SANITAIRE				
Transport sanitaire	65% / 100%	35% / 0%	100%	
AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES			
	<i>Remboursement limité, pour chaque oreille, à 1700€ y compris AMO et à une audioprothèse tous les 4 ans, comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive</i>			
	Prothèse auditive remboursable - Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100% santé tel que défini règlementairement)* - Panier Tarifs Libres (Classe II) Entretien, fournitures et accessoires	60% / 100% 60% / 100%	430% / 390% 350% / 310%	Prise en charge intégrale 490% 410%
OPTIQUE	OPTIQUE			
	Monture ⁽²⁾			
	- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini règlementairement)			Prise en charge intégrale
	- Panier Tarifs libres (Classe B)	60% / 100%	100 €	60% / 100% + 100€
	Verres ⁽²⁾			
	- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini règlementairement)			Prise en charge intégrale
	- Panier Tarifs libres (Classe B)	60% / 100%	grille optique	grille optique
Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti-reflet ⁽³⁾ Adaptation de la correction visuelle	60% / 100%	40% / 0%	Prise en charge intégrale 100%	
Lentilles remboursées ou non par l'AMO	0% / 60% / 100%	200€/année civile	0% / 60% / 100%+ 200€/année civile	
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO		1 300€/œil	1 300€/œil	

FP

JA GU

✍

DL

DENTAIRE				
<p><i>(Prise en charge dentaire dans la limite d'un plafond de 100 % PMSS par année civile et par bénéficiaire hors soins dentaires et implants. Au delà, le remboursement de la prothèse dentaire sera limité à 125% sur les paniers reste à charge maîtrisé et libre. La prothèse entrant dans le panier de soins sans reste à charge sera prise en charge intégralement. Le remboursement des soins d'orthodontie sera limité à 125% BR y compris SS.)</i></p>				
DENTAIRE	SOINS			
	Soins dentaires	70% / 100%	30% / 0%	100%
	PROTHESES REMBOURSEES PAR L'AMO			
	Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100% santé tels que définis réglementairement)			
	- Couronne en alliage non précieux			Prise en charge intégrale
	- Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1ère prémolaire			Prise en charge intégrale
	- Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire			Prise en charge intégrale
	- Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ère prémolaire			Prise en charge intégrale
	- Inlay-core pour couronne entrant dans cette catégorie			Prise en charge intégrale
	- Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie			Prise en charge intégrale
	- Bridge céramo-métallique sur incisive			Prise en charge intégrale
	- Bridge métallique pour toute dent			Prise en charge intégrale
	- Prothèse amovible à plaque base résine *			Prise en charge intégrale
	- Réparations *			Prise en charge intégrale
	Panier reste à charge maîtrisé			
	- Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2ème prémolaire et molaire	70% / 100%	500% / 470%	570%
	- Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire	70% / 100%	500% / 470%	570%
	- Couronne céramo-métallique sur 2ème prémolaire	70% / 100%	500% / 470%	570%
	- Inlay-core pour couronne entrant dans cette catégorie	70% / 100%	130% / 100%	200%
	- Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	70% / 100%	500% / 470%	570%
- Inlay-onlay composite ou en alliage non précieux*	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive*	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Bridge avec un ou plusieurs élément(s) métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)*	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Prothèse amovible sur châssis métallique **	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Réparations **	70% / 100%	500% / 470%	570%	
Panier tarifs libres				
- Couronne céramo-céramique	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Couronne en alliage précieux	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Couronne céramo-métallique sur molaire	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Couronne implanto-portée	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Inlay-core pour couronne entrant dans cette catégorie	70% / 100%	130% / 100%	200%	
- Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Inlay-onlay céramique ou en alliage précieux	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Bridge céramo-céramique	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Bridge en alliage précieux	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Prothèse amovible supra-implantaire	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base	70% / 100%	500% / 470%	570%	
- Adjonction d'un élément intermédiaire ⁽⁴⁾	0% / 70% / 100%	258€/inter.	0% / 70% / 100% + 258€/inter.	
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	350%	450%	
Orthodontie non remboursée par l'AMO		300%	300%	
AUTRES ACTES NON REMBOURSEES PAR L'AMO				
Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO (hors implantologie)		200€/année civile	200€/année civile	
Implants (radio, préparation, pose, inlay) - max 2 implants par année civile		1150€/implant	1150€/implant	
Parodontologie ⁽⁵⁾		250€/année civile	250€/année civile	
HOSPITALISATION				
HOSPITALISATION	MEDICALE ET CHIRURGICALE ⁽¹⁾			
	Forfait journalier hospitalier ⁽⁶⁾		100%	100%
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Participation du patient		100%	100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	320% / 300%	400%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	120% / 100%	200%
	Chambre particulière avec chirurgie hors ambulatoire		110€/jour	110€/jour
	Chambre particulière sans chirurgie hors ambulatoire		80€/jour	80€/jour
	Chambre particulière ambulatoire		60€/jour	60€/jour
	Frais d'accompagnement d'un assuré enfant ou de plus de 75 ans, ou d'un assuré handicapé quel que soit l'âge		50€/jour	50€/jour
	MATERNITE ⁽¹⁾			
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	320% / 300%	400%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	120% / 100%	200%
	Chambre particulière		110€/jour	110€/jour
	MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE ⁽¹⁾			
	Forfait journalier hospitalier ⁽⁶⁾		100%	100%
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	20% / 0%	100%
Chambre particulière (si séjour consécutif à une hospitalisation) - max 30 jours / année civile		20€/jour	20€/jour	

fp

JA

OU

E

de

CURE THERMALE	CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO			
	Hébergement		200€/année civile	200€/année civile
	Transport	65% / 100%	35% / 0%	100%
	Frais établissement thermal	65% / 100%	35% / 0%	100%
	Honoraires médicaux	70% / 100%	30% / 0%	100%
AUTRES	AUTRES			
	Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO		80€/année civile	80€/année civile
	Consultations non remboursées par l'AMO : Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS - neurostimulation électrique transcutanée, Diététiciens, Psychologues - <i>max 6 séances par année civile</i> (7)		30€/séance	30€/séance
	Vaccins non pris en charge par le RO - <i>selon liste sur le site internet Harmonie mutuelle</i>		75 €/année civile	75 €/année civile
	Autotests : Auto tensiomètre, oxymètre de pouls, oxymètre de doigt, autocontrôle glycémique ou débitmètre de pointe - <i>sur prescription médicale</i>		120€/An	120€/An
	Amniocentèse refusée (femmes âgées de moins de 38 ans)		150€/acte	150€/acte
	OFFRE HANDICAP			
	Déambulateur, canne, petits appareillages aidant aux déplacements, canne blanche - <i>sous réserve de la prise en charge de l'AMO</i>		200€/An	200€/An
	Piles pour appareillages ou dispositifs médicaux remboursés ou aides techniques remboursées par la mutuelle - <i>sous réserve de la prise en charge de l'AMO</i>		30€/An	30€/An
	Aides techniques inscrites au I-2 de l'arrêté du 28/12/2005 - <i>Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés au 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L245-3 du code de l'action sociale et des familles</i> (8)		250€/An	250€/An
ASSISTANCE	ASSISTANCE			
	Assistance santé et assistance à l'étranger - <i>selon notice d'information</i>		Oui	Oui

* A compter du 01/01/2021. Du 01/01/2020 au 31/12/2020, les prises en charges indiquées pour le panier tarifs libres s'appliquent.

** A compter du 01/01/2022. Du 01/01/2020 au 31/12/2021, les prises en charges indiquées pour le panier tarifs libres s'appliquent.

(1) En cas de dépassement d'honoraires pour exigence personnelle (DE), les remboursements sont réglés sans le dépassement.

(2) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable.

(3) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle.

La prise en charge intégrale s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable.

(4) Pour les intermédiaires de bridges non remboursés par l'AMO, joindre une facture.

(5) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.

(6) Sur la base des codes DMT (discipline médico-tariffaire), 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, psychopédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle,
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(7) (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.)

(8) Exemple d'aides techniques inscrites:

Tige ou crochet pour l'habillement ou le déshabillage, surélévateur de WC, tabouret de douche, barres d'appui, aides à la préparation de la nourriture et des boissons, logiciels grossissants, téléphones visuels et vidéophones... Versement du forfait sur prescription médicale et si l'aide technique n'a pas été intégralement remboursée dans le cadre de la prestation de compensation du handicap.

ff

JA

60

14

te

DC

GRILLE OPTIQUE

Verres unifocaux (simple foyer)

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	80 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	120 €
	0 à 4	> 2	
Classe 3	4,25 à 6	≤ 2	140 €
	4,25 à 6	> 2	
Classe 4	6,25 à 8	≤ 2	170 €
Classe 5	6,25 à 8	> 2	250 €
	> 8	tous	

Verres multifocaux ou progressifs

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	230 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	260 €
Classe 3	0 à 4	> 2	280 €
	4,25 à 6	≤ 2	
Classe 4	4,25 à 6	> 2	300 €
	6,25 à 8	≤ 2	
	6,25 à 8	> 2	
Classe 5	> 8	tous	350 €

fp

JA

GN

6

DC

Garanties DAIF responsable et solidaire SSC au 1/4/2019

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de l'AMO (voir note ci-dessous) - 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 (voir note ci-dessous)		Rbt de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Socle Social Commun (SSC)	Rbt AMO + SSC
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX ⁽¹⁾			
	Consultation - visite d'un médecin généraliste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Consultation - visite d'un médecin généraliste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	110% / 80%	180%
	Consultation - visite d'un médecin spécialiste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	330% / 300%	400%
	Consultation - visite d'un médecin spécialiste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	280% / 250%	350%
	Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	105% / 75%	175%
	Actes de sages-femmes	70% / 100%	30% / 0%	100%
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
	Analyses et examens de laboratoire	60% / 70% / 100%	40% / 30% / 0%	100%
	HONORAIRES PARAMEDICAUX ⁽¹⁾			
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60% / 100%	40% / 0%	100%
	MEDICAMENTS			
	Service Médical Rendu Important	65%	35%	100%
	Service Médical Rendu Modéré	30%	70%	100%
	Service Médical Rendu Faible	15%	85%	100%
MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	60% / 100%	400%	460% / 500%	
Véhicule pour handicapés physiques	100%	400%	500%	
TRANSPORT SANITAIRE				
Transport sanitaire	65% / 100%	35% / 0%	100%	
AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES			
	Remboursement limité, pour chaque oreille, à 1700€ y compris AMO et à une audioprothèse tous les 4 ans, comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive			
	Prothèse auditive remboursable de classe I	60% / 100%	510% / 470%	570%
	Prothèse auditive remboursable de classe II	60% / 100%	510% / 470%	570%
Entretien, fournitures et accessoires	60% / 100%	350% / 310%	410%	
OPTIQUE	OPTIQUE			
	Monture adulte ⁽²⁾	60% / 100%	150 €	60% / 100% + 150€
	Monture enfant ⁽²⁾	60% / 100%	120 €	60% / 100% + 120€
	Verres ⁽²⁾	60% / 100%	grille optique	grille optique
	Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia			Prise en charge intégrale
	Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti-reflet ⁽³⁾			
Lentilles remboursées ou non par l'AMO	0% / 60% / 100%	200€/année civile	0% / 60% / 100% + 200€/année civile	
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO		1 300€/œil	1 300€/œil	
DENTAIRE	DENTAIRE			
	<i>(Prise en charge dentaire dans la limite d'un plafond de 100 % PMSS par année civile et par bénéficiaire hors soins dentaires et implants. Au delà, le remboursement de la prothèse dentaire et les soins d'orthodontie sera limité à 125% BR y compris SS)</i>			
	SOINS			
	Soins dentaires	70% / 100%	30% / 0%	100%
	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté (inlay-onlay) composite ou en alliage non précieux	70% / 100%	500% / 470%	570%
	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté (inlay-onlay) céramique ou en alliage précieux	70% / 100%	500% / 470%	570%
	PROTHESES REMBOURSEES PAR L'AMO			
	Prothèses fixes	70% / 100%	500% / 470%	570%
	Prothèses plurales (bridges)	70% / 100%	500% / 470%	570%
	+ Adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base	70% / 100%	500% / 470%	570%
	+ Adjonction d'un élément intermédiaire ⁽⁴⁾	0% / 70% / 100%	258€/inter.	0% / 70% / 100% + 258€/inter.
	Prothèses mobiles	70% / 100%	500% / 470%	570%
	Réparations sur prothèses	70% / 100%	500% / 470%	570%
	Inlay-core	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Couronnes dentaires transitoires	70% / 100%	500% / 470%	570%
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	350%	450%	
Orthodontie non remboursée par l'AMO		300%	300%	
AUTRES ACTES NON REMBOURSEES PAR L'AMO				
Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO (hors implantologie)		200€/année civile	200€/année civile	
Implants (radio, préparation, pose, inlay) - max 2 implants par année civile		1150€/implant	1150€/implant	
Parodontologie ⁽⁵⁾		250€/année civile	250€/année civile	

FP

GV

JA

✍

HOSPITALISATION			
HOSPITALISATION	MEDICALE ET CHIRURGICALE ⁽¹⁾		
	Forfait journalier hospitalier ⁽⁶⁾		100%
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%
	Participation du patient		100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	320% / 300%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	120% / 100%
	Chambre particulière avec chirurgie hors ambulatoire		110€/jour
	Chambre particulière sans chirurgie hors ambulatoire		80€/jour
	Chambre particulière ambulatoire		60€/jour
	Frais d'accompagnement d'un assuré enfant ou de plus de 75 ans, ou d'un assuré handicapé quel que soit l'âge		50€/jour
	MATERNITE ⁽¹⁾		
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	320% / 300%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	120% / 100%
Chambre particulière		110€/jour	
MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE ⁽¹⁾			
Forfait journalier hospitalier ⁽⁶⁾		100%	
Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	
Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	20% / 0%	
Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	20% / 0%	
Chambre particulière (si séjour consécutif à une hospitalisation) - max 30 jours / année civile		20€/jour	
CURE THERMALE	CURE THERMALE ACCÉPTÉE PAR L'AMO		
	Hébergement		200€/année civile
	Transport	65% / 100%	35% / 0%
	Frais établissement thermal	65% / 100%	35% / 0%
AUTRES	AUTRES		
	Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO		80€/année civile
	Consultations non remboursées par l'AMO : Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS - neurostimulation électrique transcutanée, Diététiciens, Psychologues - max 6 séances par année civile ⁽⁷⁾		30€/séance
	Vaccins non pris en charge par le RO - selon liste sur le site internet Harmonie mutuelle		75 €/année civile
	Autotests : Auto tensiomètre, oxymètre de pouls, oxymètre de doigt, autocontrôle glycémique ou débitmètre de pointe - sur prescription médicale		120€/An
	Amniocentèse refusée (femmes âgées de moins de 38 ans)		150€/acte
	OFFRE HANDICAP		
	Déambulateur, canne, petits appareillages aidant aux déplacements, canne blanche - sous réserve de la prise en charge de l'AMO		200€/An
	Piles pour appareillages ou dispositifs médicaux remboursés ou aides techniques remboursées par la mutuelle - sous réserve de la prise en charge de l'AMO		30€/An
	Aides techniques inscrites au I-2 de l'arrêté du 28/12/2005 - Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés au 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L245-3 du code de l'action sociale et des familles (8)		250€/An
ASSISTANCE	ASSISTANCE		
	Assistance santé et assistance à l'étranger - selon notice d'information		Oui

(1) En cas de dépassement d'honoraires pour exigence personnelle (DE), les remboursements sont réglés sans le dépassement.

(2) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

(3) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle. La prise en charge intégrale s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable.

(4) Pour les intermédiaires de bridges non remboursés par l'AMO, joindre une facture.

(5) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.

(6) 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, psychopédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle,
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(7) (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.)

(8) Exemple d'aides techniques inscrites:

Tige ou crochet pour l'habillage ou le déshabillage, surélévateur de WC, tabouret de douche, barres d'appui, aides à la préparation de la nourriture et des boissons, logiciels grossissants, téléphones visuels et vidéophones...

Versement du forfait sur prescription médicale et si l'aide technique n'a pas été intégralement remboursée dans le cadre de la prestation de compensation du handicap.

fp

JA

OU

E

GRILLE OPTIQUE**Verres unifocaux (simple foyer)**

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	80 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	120 €
	0 à 4	> 2	
Classe 3	4,25 à 6	≤ 2	140 €
	4,25 à 6	> 2	
Classe 4	6,25 à 8	≤ 2	170 €
Classe 5	6,25 à 8	> 2	250 €
	> 8	tous	

Verres multifocaux (progressifs)

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	230 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	260 €
Classe 3	0 à 4	> 2	280 €
	4,25 à 6	≤ 2	
Classe 4	4,25 à 6	> 2	300 €
	6,25 à 8	≤ 2	
	6,25 à 8	> 2	
Classe 5	> 8	tous	350 €

fp

JA

GU

✂

Garanties DAIF responsable et solidaire SSC au 1/1/2020

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de l'AMO (voir note ci-dessous) - 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 (voir note ci-dessous)		Rbt de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Socle Social Commun (SSC)	Rbt AMO + SSC
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX ⁽¹⁾			
	Consultation - visite d'un médecin généraliste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Consultation - visite d'un médecin généraliste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	110% / 80%	180%
	Consultation - visite d'un médecin spécialiste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	330% / 300%	400%
	Consultation - visite d'un médecin spécialiste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	280% / 250%	350%
	Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	105% / 75%	175%
	Actes de sages-femmes	70% / 100%	30% / 0%	100%
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
	Analyses et examens de laboratoire	60% / 70% / 100%	40% / 30% / 0%	100%
	HONORAIRES PARAMEDICAUX ⁽¹⁾			
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60% / 100%	40% / 0%	100%
	MEDICAMENTS			
	Service Médical Rendu Important	65%	35%	100%
	Service Médical Rendu Modéré	30%	70%	100%
	Service Médical Rendu Faible	15%	85%	100%
MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	60% / 100%	400%	460% / 500%	
Véhicule pour handicapés physiques	100%	400%	500%	
TRANSPORT SANITAIRE				
Transport sanitaire	65% / 100%	35% / 0%	100%	
AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES			
	<i>Remboursement limité, pour chaque oreille, à 1700€ y compris AMO et à une audioprothèse tous les 4 ans, comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive</i>			
	Prothèse auditive remboursable - Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100% santé tel que défini règlementairement)* - Panier Tarifs Libres (Classe II) Entretien, fournitures et accessoires	60% / 100% 60% / 100%	430% / 390% 350% / 310%	Prise en charge intégrale 490% 410%
OPTIQUE	OPTIQUE			
	Monture ⁽²⁾			
	- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini règlementairement)			Prise en charge intégrale
	- Panier Tarifs libres (Classe B)	60% / 100%	100 €	60% / 100% + 100€
	Verres ⁽²⁾			
	- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini règlementairement)			Prise en charge intégrale
- Panier Tarifs libres (Classe B)	60% / 100%	grille optique	grille optique	
Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia				
Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti-reflet ⁽³⁾			Prise en charge intégrale	
Adaptation de la correction visuelle	60% / 100%	40% / 0%	100%	
Lentilles remboursées ou non par l'AMO	0% / 60% / 100%	200€/année civile	0% / 60% / 100%+ 200€/année civile	
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO		1 300€/œil	1 300€/œil	

FR

JA 6U E DC

DENTAIRE

(Prise en charge dentaire dans la limite d'un plafond de 100% PMSS par année civile et par bénéficiaire hors soins dentaires et implants. Au delà, le remboursement de la prothèse dentaire sera limité à 125% sur les paniers reste à charge maîtrisé et libre. La prothèse entrant dans le panier de soins sans reste à charge sera prise en charge intégralement. Le remboursement des soins d'orthodontie sera limité à 125% BR y compris SS.)

SOINS

Soins dentaires

70% / 100%

30% / 0%

100%

PROTHESES REMBOURSEES PAR L'AMO

Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100% santé tels que définis réglementairement)

- Couronne en alliage non précieux
- Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1ère prémolaire
- Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire
- Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ère prémolaire
- Inlay-core pour couronne entrant dans cette catégorie
- Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie
- Bridge céramo-métallique sur incisive
- Bridge métallique pour toute dent
- Prothèse amovible à plaque base résine *
- Réparations *

Prise en charge intégrale
Prise en charge intégrale

Panier reste à charge maîtrisé

- Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2ème prémolaire et molaire
- Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire
- Couronne céramo-métallique sur 2ème prémolaire
- Inlay-core pour couronne entrant dans cette catégorie
- Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie
- Inlay-onlay composite ou en alliage non précieux*
- Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive*
- Bridge avec un ou plusieurs élément(s) métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)*
- Prothèse amovible sur châssis métallique **
- Réparations **

70% / 100%
70% / 100%
70% / 100%
70% / 100%
70% / 100%
70% / 100%
70% / 100%
70% / 100%
70% / 100%
70% / 100%

500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
130% / 100%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%

570%
570%
570%
200%
570%
570%
570%
570%
570%
570%

Panier tarifs libres

- Couronne céramo-céramique
- Couronne en alliage précieux
- Couronne céramo-métallique sur molaire
- Couronne implanto-portée
- Inlay-core pour couronne entrant dans cette catégorie
- Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie
- Inlay-onlay céramique ou en alliage précieux
- Bridge céramo-céramique
- Bridge en alliage précieux
- Prothèse amovible supra-implantaire
- Adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base
- Adjonction d'un élément intermédiaire (4)

0% / 70% / 100%

500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
500% / 470%
258€/inter.

570%
570%
570%
570%
200%
570%
570%
570%
570%
570%
570%
0% / 70% / 100% + 258€/inter.

ORTHODONTIE

Orthodontie remboursée par l'AMO

100%

350%

450%

Orthodontie non remboursée par l'AMO

300%

300%

AUTRES ACTES NON REMBOURSEES PAR L'AMO

- Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO (hors implantologie)
- Implants (radio, préparation, pose, inlay) - max 2 implants par année civile
- Parodontologie (5)

200€/année civile
1150€/implant
250€/année civile

200€/année civile
1150€/implant
250€/année civile

HOSPITALISATION

MEDICALE ET CHIRURGICALE (1)

Forfait journalier hospitalier (6)

Frais de séjour

80% / 100%

100%

20% / 0%

100%

100%

Participation du patient

100%

100%

Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO

80% / 100%

320% / 300%

400%

Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO

80% / 100%

120% / 100%

200%

Chambre particulière avec chirurgie hors ambulatoire

110€/jour

110€/jour

Chambre particulière sans chirurgie hors ambulatoire

80€/jour

80€/jour

Chambre particulière ambulatoire

60€/jour

60€/jour

Frais d'accompagnement d'un assuré enfant ou de plus de 75 ans, ou d'un assuré handicapé quel que soit l'âge

50€/jour

50€/jour

MATERNITE (1)

Frais de séjour

80% / 100%

20% / 0%

100%

Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO

80% / 100%

320% / 300%

400%

Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO

80% / 100%

120% / 100%

200%

Chambre particulière

110€/jour

110€/jour

MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE (1)

Forfait journalier hospitalier (6)

Frais de séjour

80% / 100%

100%

20% / 0%

100%

100%

Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO

80% / 100%

20% / 0%

100%

Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO

80% / 100%

20% / 0%

100%

Chambre particulière (si séjour consécutif à une hospitalisation) - max 30 jours / année civile

20€/jour

20€/jour

DENTAIRE

HOSPITALISATION

f2

JA OU

CURE THERMALE	CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO			
	Hébergement		200€/année civile	200€/année civile
	Transport	65% / 100%	35% / 0%	100%
	Frais établissement thermal	65% / 100%	35% / 0%	100%
	Honoraires médicaux	70% / 100%	30% / 0%	100%
AUTRES	AUTRES			
	Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO		80€/année civile	80€/année civile
	Consultations non remboursées par l'AMO : Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS - neurostimulation électrique transcutanée, Diététiciens, Psychologues - <i>max 6 séances par année civile</i> (7)		30€/séance	30€/séance
	Vaccins non pris en charge par le RO - <i>selon liste sur le site internet Harmonie mutuelle</i>		75 €/année civile	75 €/année civile
	Autotests : Auto tensiomètre, oxymètre de pouls, oxymètre de doigt, autocontrôle glycémique ou débitmètre de pointe - <i>sur prescription médicale</i> Amniocentèse refusée (femmes âgées de moins de 38 ans)		120€/An 150€/acte	120€/An 150€/acte
OFFRE HANDICAP	Déambulateur, canne, petits appareillages aidant aux déplacements, canne blanche - <i>sous réserve de la prise en charge de l'AMO</i>		200€/An	200€/An
	Piles pour appareillages ou dispositifs médicaux remboursés ou aides techniques remboursées par la mutuelle - <i>sous réserve de la prise en charge de l'AMO</i>		30€/An	30€/An
	Aides techniques inscrites au I-2 de l'arrêté du 28/12/2005 - <i>Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés au 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L245-3 du code de l'action sociale et des familles</i> (8)		250€/An	250€/An
ASSISTANCE	ASSISTANCE			
	Assistance santé et assistance à l'étranger - <i>selon notice d'information</i>		Oui	Oui

* A compter du 01/01/2021. Du 01/01/2020 au 31/12/2020, les prises en charges indiquées pour le panier tarifs libres s'appliquent.

** A compter du 01/01/2022. Du 01/01/2020 au 31/12/2021, les prises en charges indiquées pour le panier tarifs libres s'appliquent.

(1) En cas de dépassement d'honoraires pour exigence personnelle (DE), les remboursements sont réglés sans le dépassement.

(2) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable.

(3) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle. La prise en charge intégrale s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable.

(4) Pour les intermédiaires de bridges non remboursés par l'AMO, joindre une facture.

(5) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.

(6) 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, psychopédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle,
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(7) (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° FINISS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.)

(8) Exemple d'aides techniques inscrites:

Tige ou crochet pour l'habillement ou le déshabillage, surélévateur de WC, tabouret de douche, barres d'appui, aides à la préparation de la nourriture et des boissons, logiciels grossissants, téléphones visuels et vidéophones...
Versement du forfait sur prescription médicale et si l'aide technique n'a pas été intégralement remboursée dans le cadre de la prestation de compensation du handicap.

fp

ou
JA

GRILLE OPTIQUE**Verres unifocaux (simple foyer)**

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	80 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	120 €
	0 à 4	> 2	
Classe 3	4,25 à 6	≤ 2	140 €
	4,25 à 6	> 2	
Classe 4	6,25 à 8	≤ 2	170 €
Classe 5	6,25 à 8	> 2	250 €
	> 8	tous	

Verres multifocaux ou progressifs

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	230 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	260 €
Classe 3	0 à 4	> 2	280 €
	4,25 à 6	≤ 2	
Classe 4	4,25 à 6	> 2	300 €
	6,25 à 8	≤ 2	
	6,25 à 8	> 2	
Classe 5	> 8	tous	350 €

fp

JA 22

OU

E

DL

Garanties DAIF responsable et solidaire Sérénité du 1/4/2019 au 31/12/2019

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de l'AMO (voir note ci-dessous) - 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 (voir note ci-dessous)		Rbt de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Sérénité	Rbt AMO + Sérénité
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MEDICAUX ⁽¹⁾				
Consultation - visite d'un médecin généraliste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%	
Consultation - visite d'un médecin généraliste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	110% / 80%	180%	
Consultation - visite d'un médecin spécialiste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	330% / 300%	400%	
Consultation - visite d'un médecin spécialiste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%	
Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	280% / 250%	350%	
Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	110% / 80%	180%	
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	75% / 45%	145%	
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	55% / 25%	125%	
Actes de sages-femmes	70% / 100%	30% / 0%	100%	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Analyses et examens de laboratoire	60% / 70% / 100%	40% / 30% / 0%	100%	
HONORAIRES PARAMEDICAUX ⁽¹⁾				
Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60% / 100%	40% / 0%	100%	
MEDICAMENTS				
Service Médical Rendu Important	65%	35%	100%	
Service Médical Rendu Modéré	30%	70%	100%	
Service Médical Rendu Faible	15%	85%	100%	
MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	60% / 100%	350%	410% / 450%	
Véhicule pour handicapés physiques	100%	350%	450%	
TRANSPORT SANITAIRE				
Transport sanitaire	65% / 100%	35% / 0%	100%	
AIDES AUDITIVES				
<i>Remboursement limité, pour chaque oreille, à une audioprothèse tous les 4 ans, comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive</i>				
Prothèse auditive remboursable de classe I	60% / 100%	215%	275% / 315%	
Prothèse auditive remboursable de classe II	60% / 100%	215%	275% / 315%	
Entretien, fournitures et accessoires	60% / 100%	350%	410% / 450%	
OPTIQUE				
Monture adulte ⁽²⁾	60%	100 €	60% + 100€	
Monture enfant ⁽²⁾	60%	120 €	60% + 120€	
Verres simples ⁽²⁾	60%	100€/verre	60% + 100€/verre	
Verres complexes progressifs ⁽²⁾	60%	145€/verre	60% + 145€/verre	
Verres hypercomplexes ⁽²⁾	60%	220€/verre	60% + 220€/verre	
Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia				
Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti-reflet ⁽³⁾				Prise en charge intégrale
Lentilles remboursées ou non par l'AMO	0% / 60%	120€/année civile	0% / 60% + 120€/année civile	
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO		500€/œil	500€/œil	

FE

JA

EW

DENTAIRE				
DENTAIRE	SOINS			
	Soins dentaires	70% / 100%	30% / 0%	100%
	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté (inlay-onlay) composite ou en alliage non précieux	70% / 100%	30% / 0%	100%
	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté (inlay-onlay) céramique ou en	70% / 100%	30% / 0%	100%
	PROTHESES REMBOURSEES PAR L'AMO			
	Prothèses fixes	70% / 100%	300% / 270%	370%
	Prothèses plurales (bridges)	70% / 100%	300% / 270%	370%
	+ Adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base	70% / 100%	300% / 270%	370%
	+ Adjonction d'un élément intermédiaire ⁽⁴⁾	0% / 70% / 100%	258€/inter.	0% / 70% / 100% + 258€/inter.
	Prothèses mobiles	70% / 100%	300% / 270%	370%
	Réparations sur prothèses	70% / 100%	300% / 270%	370%
	Inlay-core	70% / 100%	65% / 35%	135%
	Couronnes dentaires transitoires	70% / 100%	300% / 270%	370%
	ORTHODONTIE			
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	-	100%	
AUTRES ACTES NON REMBOURSEES PAR L'AMO				
Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO (hors implantologie)		150€/année civile	150€/année civile	
Implants (radio, préparation, pose, inlay) - max 2 implants par année civile		650€/implant	650€/implant	
HOSPITALISATION				
HOSPITALISATION	MEDICALE ET CHIRURGICALE⁽¹⁾			
	Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾		100%	100%
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Participation du patient		100%	100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	320% / 300%	400%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	120% / 100%	200%
	Chambre particulière avec chirurgie hors ambulatoire		110€/jour	110€/jour
	Chambre particulière sans chirurgie hors ambulatoire		60€/jour	60€/jour
	Frais d'accompagnement d'un assuré enfant ou de plus de 75 ans, ou d'un assuré handicapé quel		50€/jour	50€/jour
	MATERNITE⁽¹⁾			
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	320% / 300%	400%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	120% / 100%	200%
	MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE⁽¹⁾			
	Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾		100%	100%
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Chambre particulière (si séjour consécutif à une hospitalisation) - max 30 jours / année civile		20€/jour	20€/jour
	CURE THERMALE			
CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO				
Hébergement		200€/année civile	200€/année civile	
Transport	65% / 100%	35% / 0%	100%	
Frais établissement thermal	65% / 100%	35% / 0%	100%	
Honoraires médicaux	70% / 100%	30% / 0%	100%	
AUTRES				
Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO		80€/année civile	80€/année civile	
Vaccins non pris en charge par le RO - selon liste sur le site internet Harmonie mutuelle		75 €/année civile	75 €/année civile	
Autotests : Auto tensiomètre, oxymètre de pouls, oxymètre de doigt, autocontrôle glycémique ou débitmètre de pointe - sur prescription médicale		120€/An	120€/An	
OFFRE HANDICAP				
Déambulateur, canne, petits appareillages aidant aux déplacements, canne blanche - sous réserve de la prise en charge de l'AMO		200€/An	200€/An	
Piles pour appareillages ou dispositifs médicaux remboursés ou aides techniques remboursées par la mutuelle - sous réserve de la prise en charge de l'AMO		30€/An	30€/An	
Aides techniques inscrites au I-2 de l'arrêté du 28/12/2005 - Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés au 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L245-3 du code de l'action sociale et des familles (6)		250€/An	250€/An	
ASSISTANCE				
ASSISTANCE				
Assistance santé et assistance à l'étranger - selon notice d'information		Oui	Oui	

(1) En cas de dépassement d'honoraires pour exigence personnelle (DE), les remboursements sont réglés sans le dépassement.

(2) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de

(3) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle.

(4) Pour les intermédiaires de bridges non remboursés par l'AMO, joindre une facture.

(5) 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, psychopédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle,
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(6) Exemple d'aides techniques inscrites :

Tige ou crochet pour l'habillage ou le déshabillage, surélévateur de WC, tabouret de douche, barres d'appui, aides à la préparation de la nourriture et des boissons, logiciels grossissants, téléphones visuels et vidéophones...
Versement du forfait sur prescription médicale et si l'aide technique n'a pas été intégralement remboursée dans le cadre de la prestation de compensation du handicap.

FR

OU
JA

✗

DL

DAIF responsable et solidaire Sérénité au 1/1/2020

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de l'AMO (voir note ci-dessous) - 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 (voir note ci-dessous)		Rbt de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Sérénité	Rbt AMO + Sérénité
SOINS COURANTS				
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX ⁽¹⁾			
	Consultation - visite d'un médecin généraliste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Consultation - visite d'un médecin généraliste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	110% / 80%	180%
	Consultation - visite d'un médecin spécialiste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	330% / 300%	400%
	Consultation - visite d'un médecin spécialiste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	130% / 100%	200%
	Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	280% / 250%	350%
	Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	110% / 80%	180%
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	75% / 45%	145%
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	70% / 100%	55% / 25%	125%
	Actes de sages-femmes	70% / 100%	30% / 0%	100%
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
	Analyses et examens de laboratoire	60% / 70% / 100%	40% / 30% / 0%	100%
	HONORAIRES PARAMEDICAUX ⁽¹⁾			
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60% / 100%	40% / 0%	100%
	MEDICAMENTS			
Service Médical Rendu Important	65%	35%	100%	
Service Médical Rendu Modéré	30%	70%	100%	
Service Médical Rendu Faible	15%	85%	100%	
MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	60% / 100%	350%	410% / 450%	
Véhicule pour handicapés physiques	100%	350%	450%	
TRANSPORT SANITAIRE				
Transport sanitaire	65% / 100%	35% / 0%	100%	
AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES			
	<i>Remboursement limité, pour chaque oreille, à une audioprothèse tous les 4 ans, comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive</i>			
	Prothèse auditive remboursable			
	- Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100% santé tel que défini réglementairement)*			Prise en charge intégrale
- Panier Tarifs Libres (Classe II)	60% / 100%	175 % puis 145%***	235% / 275% puis 205% / 245%	
Entretien, fournitures et accessoires	60% / 100%	350%	410% / 450%	
OPTIQUE	OPTIQUE			
	Monture ⁽²⁾			
	- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement)			Prise en charge intégrale
	- Panier Tarifs libres (Classe B)	60% / 100%	100 €	60% / 100% + 100€
	Verres ⁽²⁾			
	- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement)			Prise en charge intégrale
	- Panier Tarifs libres (Classe B)			
	- Verres simples ⁽²⁾	60%	100€/verre	60% + 100€/verre
	- Verres complexes progressifs ⁽²⁾	60%	145€/verre	60% + 145€/verre
	- Verres hypercomplexes ⁽²⁾	60%	220€/verre	60% + 220€/verre
Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia				
Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti-reflet ⁽³⁾				
Lentilles remboursées ou non par l'AMO	0% / 60%	120€/année civile	0% / 60% + 120€/année civile	
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO		500€/œil	500€/œil	

FP

GN
JA

bc

DENTAIRE				
DENTAIRE	SOINS			
	Soins dentaires	70% / 100%	30% / 0%	
	PROTHESES REMBOURSEES PAR L'AMO			
	Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100% santé tels que définis réglementairement)			
	- Couronne en alliage non précieux		100%	
	- Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1ère prémolaire		Prise en charge intégrale	
	- Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire		Prise en charge intégrale	
	- Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ère prémolaire		Prise en charge intégrale	
	- Inlay-core pour couronne entrant dans cette catégorie		Prise en charge intégrale	
	- Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie		Prise en charge intégrale	
	- Bridge céramo-métallique sur incisive		Prise en charge intégrale	
	- Bridge métallique pour toute dent		Prise en charge intégrale	
	- Prothèse amovible à plaque base résine*		Prise en charge intégrale	
	- Réparations*		Prise en charge intégrale	
	Panier reste à charge maîtrisé			
	- Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2ème prémolaire et molaire	70% / 100%	300% / 270%	370%
	- Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire	70% / 100%	300% / 270%	370%
	- Couronne céramo-métallique sur 2ème prémolaire	70% / 100%	300% / 270%	370%
	- Inlay-core pour couronne entrant dans cette catégorie	70% / 100%	65% / 35%	135%
	- Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	70% / 100%	300% / 270%	370%
- Inlay-onlay composite ou en alliage non précieux*	70% / 100%	30% / 0%	100%	
- Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive*	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Bridge avec un ou plusieurs élément(s) métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)*	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Prothèse amovible sur châssis métallique**	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Réparations**	70% / 100%	300% / 270%	370%	
Panier tarifs libres				
- Couronne céramo-céramique	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Couronne en alliage précieux	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Couronne céramo-métallique sur molaire	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Couronne implanto-portée	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Inlay-core pour couronne entrant dans cette catégorie	70% / 100%	65% / 35%	135%	
- Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Inlay-onlay céramique ou en alliage précieux	70% / 100%	30% / 0%	100%	
- Bridge céramo-céramique	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Bridge en alliage précieux	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Prothèse amovible supra-implantaire	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base	70% / 100%	300% / 270%	370%	
- Adjonction d'un élément intermédiaire ⁽⁴⁾	0% / 70% / 100%	258€/inter.	0% / 70% / 100% + 258€/inter.	
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	-	100%	
AUTRES ACTES NON REMBOURSEES PAR L'AMO				
Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO (hors implantologie)		150€/année civile	150€/année civile	
Implants (radio, préparation, pose, inlay) - max 2 implants par année civile		650€/implant	650€/implant	
HOSPITALISATION				
HOSPITALISATION	MEDICALE ET CHIRURGICALE⁽¹⁾			
	Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾		100%	
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Participation du patient		100%	100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	320% / 300%	400%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	120% / 100%	200%
	Chambre particulière sans chirurgie hors ambulatoire		60€/jour	60€/jour
	Chambre particulière en chirurgie hors ambulatoire		110€/jour	110€/jour
	Frais d'accompagnement d'un assuré enfant ou de plus de 75 ans, ou d'un assuré handicapé quel que soit l'âge		50€/jour	50€/jour
	MATERNITE⁽¹⁾			
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	320% / 300%	400%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	120% / 100%	200%
	MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE⁽¹⁾			
	Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾		100%	100%
	Frais de séjour	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	80% / 100%	20% / 0%	100%
	Chambre particulière (si séjour consécutif à une hospitalisation) - max 30 jours / année civile		20€/jour	20€/jour

fo

JA

OU

K

CURE THERMALE	CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO			
	Hébergement		200€/année civile	200€/année civile
	Transport	65% / 100%	35% / 0%	100%
	Frais établissement thermal	65% / 100%	35% / 0%	100%
	Honoraires médicaux	70% / 100%	30% / 0%	100%
AUTRES	AUTRES			
	Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO		80€/année civile	80€/année civile
	Vaccins non pris en charge par le RO - selon liste sur le site internet Harmonie mutuelle		75 €/année civile	75 €/année civile
	Autotests : Auto tensiomètre, oxymètre de pouls, oxymètre de doigt, autocontrôle glycémique ou débibimètre de pointe - sur prescription médicale		120€/An	120€/An
ASSISTANCE	OFFRE HANDICAP			
	Déambulateur, canne, petits appareillages aidant aux déplacements, canne blanche - sous réserve de la prise en charge de l'AMO		200€/An	200€/An
	Piles pour appareillages ou dispositifs médicaux remboursés ou aides techniques remboursées par la mutuelle - sous réserve de la prise en charge de l'AMO		30€/An	30€/An
	Aides techniques inscrites au I-2 de l'arrêté du 28/12/2005 - Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés au 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L245-3 du code de l'action sociale et des familles (6)		250€/An	250€/An
ASSISTANCE	ASSISTANCE			
	Assistance santé et assistance à l'étranger - selon notice d'information		Oui	Oui

* A compter du 01/01/2021. Du 01/01/2020 au 31/12/2020, les prises en charges indiquées pour le panier tarifs libres s'appliquent.

** A compter du 01/01/2022. Du 01/01/2020 au 31/12/2021, les prises en charges indiquées pour le panier tarifs libres s'appliquent.

*** 175% du 01/01/2020 au 31/12/2020 puis 145% à compter du 01/01/2021

(1) En cas de dépassement d'honoraires pour exigence personnelle (DE), les remboursements sont réglés sans le dépassement.

(2) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable.

(3) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle. La prise en charge intégrale s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable.

(4) Pour les intermédiaires de bridges non remboursés par l'AMO, joindre une facture.

(5) 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, psychopédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle,
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(6) Exemple d'aides techniques inscrites:

Tige ou crochet pour l'habillage ou le déshabillage, surélévateur de WC, tabouret de douche, barres d'appui, aides à la préparation de la nourriture et des boissons, logiciels grossissants, téléphones visuels et vidéophones...

Versement du forfait sur prescription médicale et si l'aide technique n'a pas été intégralement remboursée dans le cadre de la prestation de compensation du handicap.

fp

OU

27

JA

DC

ANNEXE 2 : COUVERTURE SURCOMPLEMENTAIRE A PARTIR DU 1/4/2019 (à titre d'information)

<p>- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de l'AMO (voir note ci-dessous) - 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 (voir note ci-dessous)</p>		Surcomplémentaire
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS	
	HONORAIRES MEDICAUX ⁽¹⁾	
	Consultation - visite d'un médecin généraliste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO Consultation - visite d'un médecin généraliste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	+20%
	Consultation - visite d'un médecin spécialiste - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO Consultation - visite d'un médecin spécialiste - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	+200%
	Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO Actes de spécialité (chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation) - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	+150%
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée et actes d'échographie - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	+20%
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION	
	MEDICALE ET CHIRURGICALE ⁽¹⁾	
	Honoraires - adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO Honoraires - non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO	+200%

(1) En cas de dépassement d'honoraires pour exigence personnelle (DE), les remboursements sont réglés sans le dépassement.

Base de remboursement (BR)

Les remboursements inclus dans le tableau ci-dessus sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement. C'est le tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Il peut s'agir du :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Options pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM OPTAM-CO)

Les options pratiques tarifaires maîtrisées remplacent depuis le 1er janvier 2017 le contrat d'accès aux soins.

L'option pratique tarifaire maîtrise (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013).

L'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable, en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie obligatoire et en limitant les dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables remboursement mieux les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent de l'Optam ou de l'Optam-Co que ceux d'un médecin non adhérent.

Parcours de soins coordonné

Les remboursements inclus dans le tableau ci-dessus sont applicables en cas de respect du parcours de soins coordonnés. C'est le circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé "médecin correspondant", auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

FR

ou
JA
28
DC

ANNEXE 3 : CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

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 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).

Base de remboursement (BR)

Les remboursements inclus dans le tableau ci-dessus sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement. C'est le tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Il peut s'agir du :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Options pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM OPTAM-CO)

Les options pratiques tarifaires maîtrisées remplacent depuis le 1er janvier 2017 le contrat d'accès aux soins.

L'option pratique tarifaire maîtrise (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013).

L'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable, en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie obligatoire et en limitant les dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables remboursement mieux les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent de l'Optam ou de l'Optam-Co que ceux d'un médecin non adhérent.

Parcours de soins coordonné

Les remboursements inclus dans le tableau ci-dessus sont applicables en cas de respect du parcours de soins coordonnés. C'est le circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé "médecin correspondant", auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

fp

JA

OU

de