

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Actes de sages-femmes	60 %	40 %	+ 110 %	210 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 %	45 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers, prescrits non remboursés par le régime obligatoire (1)(2)			100 €/An	100 €/An
(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (2) Prise en charge limitée à 100 € par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).				
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Pharmacie prescrite non remboursée (hors contraceptifs) (1)(3)			250 €/An	250 €/An
SMR: Service Médical Rendu. (1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (3) Prise en charge limitée à 250 € par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 40 %	140 %
Actes d'imagerie hors nomenclature (1)			70 €/An	70 €/An
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Examens de laboratoires hors nomenclature (1)			70 €/An	70 €/An
(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 200 %	300 %
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (4)(5)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (4)(5)	60 %	40 %		100 %
+ Forfait supplémentaire (4)(5)			600 €/Appareil	600 €/Appareil
Piles	60 %	40 %		100 %
(4) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (5) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.				

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100%
+ Forfait supplémentaire (1)(6)			200 €/An	200 €/An
<p>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de facture).</p> <p>(6) Prise en charge limitée à 200 € par année civile et par bénéficiaire pour le transport et l'hébergement.</p>				
HOSPITALISATION				
Frais de séjour (7)	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55% ou 100%	45 % ou 0 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers, prescrits non remboursés par le régime obligatoire (1)(2)			100 €/An	100 €/An
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (8)(9)			70 €/Nuit	70 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (10)			20 €/Jour	20 €/Jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans) (1)(11)(12)			35 €/Jour	35 €/Jour
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. <p>(1) non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(2) Prise en charge limitée à 100 € par année civile et par bénéficiaire. (plafond commun).</p> <p>(7) Pour les établissements non conventionnés, prise en charge dans la limite du tarif d'autorité du Régime Obligatoire.</p> <p>(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(9) Médecine et chirurgie : prise en charge illimitée, soins de suite et réadaptation : prise en charge limitée à 90 nuits par année civile et par bénéficiaire, psychiatrie : prise en charge limitée à 30 nuits par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(10) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</p> <p>Pour les établissements non conventionnés, prise en charge dans la limite du tarif d'autorité du Régime Obligatoire.</p> <p>(11) Médecine et chirurgie : prise en charge illimitée, soins de suite et réadaptation : prise en charge limitée à 180 jours par année civile et par bénéficiaire, psychiatrie : prise en charge limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(12) Concernant uniquement les frais de repas et /ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.</p>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 150 %	250 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (8)(13)			70 €/Nuit	70 €/Nuit
Frais de maternité et d'adoption (1)(13)			200 €/An	200 €/An
Amniocentèse refusée (1)(13)			200 €/An	200 €/An
Procréation Médicalement Assistée (1)(13)			200 €/An	200 €/An
<p>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de facture).</p> <p>(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(13) Prise en charge limitée à 200 € par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).</p>				
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (4)(14)(15)				
- Monture				100 % Santé
- Par verre				100 % Santé

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE (suite)				
Equipement à tarif libre (4)(14)(15)(16)				
Enfant (moins de 16 ans)				
- Monture	60 %	40 %	+ 80 €	100 % + 80 €
- Par verre				
- Simple	60 %	40 %	+ 70 €	100 % + 70 €
- Complexe	60 %	40 %	+ 75 €	100 % + 75 €
- Très complexe	60 %	40 %	+ 75 €	100 % + 75 €
Adulte (16 ans et plus)				
- Monture (17)	60 %	100 € - RO		100 €
- Par verre				
- Simple	60 %	40 %	+ 80 €	100 % + 80 €
- Complexe	60 %	40 %	+ 190 €	100 % + 190 €
- Très complexe	60 %	40 %	+ 190 €	100 % + 190 €
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		100 %
Verres avec filtre	60 %	40 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire (18)	60 %	40 % + 150 €/An		100 % + 150 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire(18)			150 €/An	150 €/An
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire (19)			500 €/Oeil	500 €/Oeil
<p>(4) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(14) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.</p> <p>(15) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).</p> <p>(16) - Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(17) RO : remboursement du Régime Obligatoire</p> <p>(18) Prise en charge limitée à 150 € par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).</p> <p>(19) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.</p>				
DENTAIRE				
Soins	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (20)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (20)				
- Prothèses fixes (21)	60 %	40 %	+ 300 %	400 %
- Inlay-Core (21)	60 %	40 %	+ 300 %	400 %
- Prothèses transitoires	60 %	40 %		100 %
- Inlay onlay	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
- Prothèses amovibles (21)	60 %	40 %	+ 300 %	400 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes (21)	60 %	40 %	+ 300 %	400 %
- Inlay-core (21)	60 %	40 %	+ 300 %	400 %
- Prothèses transitoires	60 %	40 %		100 %

S03602

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
DENTAIRE (suite)				
- Inlay onlay	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
- Prothèses amovibles (21)	60 %	40 %	+ 300 %	400 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (22)(23)			500 €/An	500 €/An
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	60% ou 100%	40 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (23)			500 €/An	500 €/An
Implantologie (1)(23)			500 €/Implant	500 €/Implant
Parodontologie (1)(23)(24)			500 €/An	500 €/An
<p><i>Les remboursements de la mutuelle :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle. <p>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (20) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (21) Prise en charge limitée, hors ticket modérateur (plafond commun) à 600 € la 1ère année d'adhésion, 1200 € la 2ème année d'adhésion et 1800 € à partir de la 3ème année d'adhésion. (22) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables. (23) Prise en charge limitée à 500 € par année civile et par bénéficiaire (plafond commun). (24) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).</p>				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS - neurostimulation électrique transcutanée (1)(3)(25)			250 €/An	250 €/An
<p>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (3) Prise en charge limitée à 250 € par année civile et par bénéficiaire (plafond commun). (25) 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.</p>				
CONTRACEPTION FEMININE				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (1)(13)			200 €/An	200 €/An
<p>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (13) Prise en charge limitée à 200 € par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).</p>				
PREVENTION				
Equilibre alimentaire - Diététique (1)(3)(25)			250 €/An	250 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (1)(3)(26)			250 €/An	250 €/An
Vaccin anti-grippal (1)			Frais réels	Frais réels
<p>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (3) Prise en charge limitée à 250 € par année civile et par bénéficiaire (plafond commun). (25) 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. (26) Prise en charge des substituts nicotiniques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</p>				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui
Assistance obsèques (voir notice d'information)			Oui	Oui
GARANTIE SUPPLEMENTAIRE				
Participation sur frais d'obsèques (voir notice d'information) (27)			600 €	600 €
<p>(27) Indemnité limitée aux frais réels engagés, sur présentation de l'original de la facture.</p>				

*** 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).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.