

Votre compréhension et la lisibilité des garanties est une de nos priorités. Nous avons donc à cœur de vous expliquer tous les termes qui peuvent vous paraître complexes.

**Voyons tout cela ensemble !**

## La base de remboursement

La Sécurité sociale calcule ses remboursements à **partir de tarifs qu'elle a fixés (que l'on appelle base de remboursement)**, indépendamment du montant de la dépense.

Elle rembourse seulement un pourcentage de ce tarif. Par exemple, pour une consultation de spécialiste (avec honoraires libres) à 40 €, la base de remboursement est de 25 €.

Ainsi, le régime de base de la Sécurité sociale complété par le régime local rembourseront 90% de 25 € (soit un montant de 22,50 €) et non 90% de 40 €.

## Le ticket modérateur

Le **ticket modérateur**, remboursé par la mutuelle, est la **différence** entre le montant de la base de remboursement et la prise en charge de la Sécurité sociale.

Ainsi, les versements cumulés des deux correspondent bien à **100% de la base de remboursement**.

Selon votre garantie, votre mutuelle peut ne pas rembourser le ticket modérateur sur les cures thermales, les médicaments à SMR (Service Médical Rendu) modéré ou faible.

## Les forfaits supplémentaires et dépassements

Dans certains cas, le montant facturé par le professionnel de santé est **supérieur au tarif fixé par la Sécurité sociale**, la dépense est donc supérieure à la base de remboursement (par exemple les dépassements d'honoraires).

Dans ces cas et pour certains actes, **Harmonie Mutuelle peut vous rembourser tout ou une partie de ces frais supplémentaires ou dépassements d'honoraires**.

### À savoir

Si vous consultez un partenaire agréé (opticien, dentiste, audioprothésiste) du réseau Kalixia, vous bénéficierez de tarifs négociés avec des prestations de qualité. Vous pouvez trouver ces professionnels en les géolocalisant sur Harmonie & Moi, disponible sur smartphone, ordinateur et tablette.

Les remboursements des forfaits, dépassements d'honoraires et actes non remboursés s'entendent par bénéficiaire.

## Les actes non remboursés par la Sécurité sociale

Certains actes ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale mais peuvent l'être par la mutuelle si les garanties le prévoient. Cela peut être par exemple le cas des séances d'ostéopathie.

## La tarification des médecins

Un médecin en **Secteur 1** ne pratique **pas de dépassement d'honoraires**. Ses tarifs sont à la hauteur de la base de remboursement, vous êtes donc bien remboursé.

Un médecin en **Secteur 2** peut pratiquer des dépassements d'honoraires. Certains médecins adhérant à l'**OPTAM** (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée) s'engagent **à limiter leurs dépassements d'honoraires**, ce qui vous permet un meilleur remboursement.

## La participation forfaitaire

Elle est de 1 € et déduite du remboursement de la Sécurité sociale pour **toutes les consultations ou actes médicaux, examens radiologiques et analyses de biologie médicales**, pour tout assuré de plus de 18 ans. Elle n'est pas remboursée par Harmonie Mutuelle. Elle est limitée à 50 € par an et par personne.

## La franchise médicale

Elle est déduite du remboursement de la Sécurité sociale pour chaque **boîte de médicament** (0,50 €), chaque **acte paramédical** (0,50 €) et chaque **transport sanitaire** (2 €), pour tout assuré de plus de 18 ans. Elle n'est pas remboursée par Harmonie Mutuelle. Elle est limitée à 50 € par an et par personne.

## Le parcours de soins coordonnés

Il s'agit du **circuit que vous devez suivre** pour être **remboursé normalement** par la Sécurité sociale et la mutuelle. Il regroupe notamment le fait de déclarer un médecin traitant et de le consulter avant toute autre consultation de spécialiste.

Il existe des **exceptions** à ce circuit en cas d'une situation d'urgence ou pour certains spécialistes (gynécologues, psychiatres, stomatologues, neuropsychiatres et ophtalmologues) qui peuvent être consultés directement sans passer par le médecin traitant.

Par exemple, dans le cadre du parcours de soins, sur une consultation de spécialiste de 25 € (Secteur 1), le régime de base de la Sécurité sociale complété par le régime local rembourseront 90% de la base de remboursement (soit 22,50 € auquel la participation forfaitaire de 1 € est déduite). La mutuelle rembourse 10% de la base de remboursement (soit 2,50 €). Vous avez dans ce cas 1 € de reste à charge.


Attention, si vous ne respectez pas le parcours de soins, **la participation de la Sécurité sociale est alors seulement de 50% de la base de remboursement**. La mutuelle rembourse 10% de la base de remboursement, elle ne compense pas la baisse de remboursement de la Sécurité sociale.

## Le contrat "responsable"


Votre contrat est dit "responsable" lorsque les garanties respectent le cahier des charges fixé par la loi. Il permet de **bénéficier d'un remboursement intégral** des équipements optiques, d'aides auditives et de soins et prothèses dentaires **des offres 100% santé** déterminées par la réglementation.

## Soins courants


### Remboursements de la mutuelle (limités aux frais réellement dépensés)

 Part remboursée par la Sécurité sociale (selon la base de remboursement)


La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la base de remboursement pour une prestation donnée

 Part remboursée par la mutuelle pour couvrir le ticket modérateur

La mutuelle vous rembourse une partie de votre reste à charge pour arriver à 100% de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires

La mutuelle vous rembourse un complément en euros ou en pourcentage de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Actes non remboursés par la Sécurité sociale

La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

- À savoir**
- Tous les pourcentages sont appliqués sur la base de remboursement et non sur le tarif fixé par le professionnel de santé (devis, facture...).
  - Le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut évoluer.
  - Les pourcentages de remboursement de la Sécurité sociale donnés dans ce tableau s'appliquent lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés.

(1) L'OPTAM est un contrat signé entre la Sécurité sociale et les médecins de Secteur 2 souhaitant adhérer au dispositif. Ils s'engagent ainsi à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

(2) Uniquement pour les séances effectuées et facturées par des psychologues ou des médecins psychiatres. Votre facture doit comporter le n° FINESS et/ou le N° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel de santé.

(3) Le Service Médical Rendu est un critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments ou dispositifs médicaux en fonction de leur utilité.

(4) Sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée, pour les produits achetés auprès d'une pharmacie.

(5) Seuls les actes listés sont remboursés. Vous pouvez demander la liste sur votre espace Harmonie&moi ou par téléphone.


(6) Sur présentation de la prescription médicale et de la facture d'achat (en pharmacie ou magasin spécialisé).

	90%	10%	30%	10%	85%	25 € / An	150 € / An	90%	10%	30%	10%	25%	300 € / An	300 € / An	300 € / An	100%	750 € / An	
<b>Honoraires médicaux et paramédicaux</b>																		
Consultations, visites : généralistes et spécialistes :																		
• Adhérents au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) <sup>(1)</sup>																		
• Non adhérents à l'OPTAM <sup>(1)</sup>																		
• Consultations psychologues <sup>(2)</sup>																		
Actes de sages-femmes																		
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...																		
<b>Médicaments</b>																		
Médicaments à Service Médical Rendu <sup>(3)</sup> important																		
Médicaments à Service Médical Rendu <sup>(3)</sup> modéré																		
Médicaments à Service Médical Rendu <sup>(3)</sup> faible																		
Automédication : médicaments pouvant être présentés en accès direct en pharmacie																		
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>																		
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>																		
Actes médicaux techniques et d'échographie :																		
• Adhérents à l'OPTAM <sup>(1)</sup>																		
• Non adhérents à l'OPTAM <sup>(1)</sup>																		
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée :																		
• Adhérents à l'OPTAM <sup>(1)</sup>																		
• Non adhérents à l'OPTAM <sup>(1)</sup>																		
Examens de laboratoires																		
Actes non remboursés par la Sécurité sociale <sup>(5)</sup>																		
<b>Matériel médical</b>																		
Orthopédie, appareillage et accessoires médicaux acceptés par la Sécurité sociale (semelles orthopédiques, minerve...)																		
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux																		
+ Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer																		
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux refusés par la Sécurité sociale <sup>(6)</sup> <i>Report du solde du forfait non consommé sur l'année suivante dans la limite d'un forfait annuel maximum de 900€</i>																		
Achat véhicule pour personne handicapée physique																		




## Aides auditives


### Remboursements de la mutuelle (limités aux frais réellement dépensés)

 Part remboursée par la Sécurité sociale (selon la base de remboursement)


La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la base de remboursement pour une prestation donnée

 Part remboursée par la mutuelle pour couvrir le ticket modérateur

La mutuelle vous rembourse une partie de votre reste à charge pour arriver à 100% de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires

La mutuelle vous rembourse un complément en euros ou en pourcentage de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Actes non remboursés par la Sécurité sociale




La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

#### À savoir

- Tous les pourcentages sont appliqués sur la base de remboursement et non sur le tarif fixé par le professionnel de santé (devis, facture...).
- Le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut évoluer.
- Les pourcentages de remboursement de la Sécurité sociale donnés dans ce tableau s'appliquent lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés.

**(7) 100% Santé** : Vous êtes intégralement remboursé pour certains équipements auditifs prévus (sous réserve du respect des prix limites de vente et du plafond fixé par la réglementation).

**(8) Tarif libre** : Votre audioprothésiste est libre dans les tarifs fixés. La mutuelle vous rembourse dans la limite des plafonds réglementaires.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Équipement 100% Santé <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral
Équipement à tarif libre <sup>(8)</sup>	 90%  10% 200 €/Appareil
Piles	 90%  10% 50 €/An

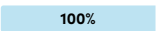
#### À savoir

Remboursement limité à une aide auditive pour chaque oreille tous les 4 ans.

Le devis remis par votre audioprothésiste indiquera si l'équipement choisi est un équipement 100% Santé. Il a l'obligation de vous le proposer.




## Cures thermales

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	 100%




## Hospitalisation


### Remboursements de la mutuelle (limités aux frais réellement dépensés)

 Part remboursée par la Sécurité sociale (selon la base de remboursement)


La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la base de remboursement pour une prestation donnée

 Part remboursée par la mutuelle pour couvrir le ticket modérateur

La mutuelle vous rembourse une partie de votre reste à charge pour arriver à 100% de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires

La mutuelle vous rembourse un complément en euros ou en pourcentage de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Actes non remboursés par la Sécurité sociale

La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

#### À savoir

- Tous les pourcentages sont appliqués sur la base de remboursement et non sur le tarif fixé par le professionnel de santé (devis, facture...).
- Le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut évoluer.
- Les pourcentages de remboursement de la Sécurité sociale donnés dans ce tableau s'appliquent lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés.

**(9) L'OPTAM** est un contrat signé entre la Sécurité sociale et les médecins de Secteur 2 souhaitant adhérer au dispositif. Ils s'engagent ainsi à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

**(10) Psychiatrie** : prise en charge limitée à 60 nuits par an.

**(11) Chambre particulière avec nuitée ou en ambulatoire** : si votre établissement est conventionné par un accord tarifaire, elle sera remboursée dans les limites de cet accord.

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

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

**(14) Indemnité de naissance** : pour la percevoir, veuillez inscrire votre enfant sur la même garantie en tant que bénéficiaire à sa date de naissance ou d'adoption. Vous avez 3 mois à compter de la naissance ou de l'adoption pour faire cette déclaration.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Frais de séjour	100%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)<sup>(9)</sup></li> <li>• Non adhérents à l'OPTAM<sup>(9)</sup></li> </ul>	100% <input type="text" value="30%"/> 100%
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral
Chambre particulière avec nuitée <sup>(10) (11)</sup>	40 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire <sup>(11) (12)</sup>	15 €/Jour
Frais d'accompagnant <sup>(13)</sup>	30 €/Jour


#### À savoir

Le ticket modérateur forfaitaire des actes supérieurs à 120 € et d'un passage non programmé aux urgences (Forfait Patient Urgence) est pris en charge par la mutuelle.




## Maternité


	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhérents à l'OPTAM<sup>(9)</sup></li> <li>• Non adhérents à l'OPTAM<sup>(9)</sup></li> </ul>	100% <input type="text" value="30%"/> 100%
Chambre particulière avec nuitée <sup>(11)</sup>	40 €/Nuit
Indemnité naissance <sup>(14)</sup>	100 €

**Remboursements de la mutuelle (limités aux frais réellement dépensés)**
 Part remboursée par la Sécurité sociale (selon la base de remboursement)


La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la base de remboursement pour une prestation donnée

 Part remboursée par la mutuelle pour couvrir le ticket modérateur

La mutuelle vous rembourse une partie de votre reste à charge pour arriver à 100% de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires

La mutuelle vous rembourse un complément en euros ou en pourcentage de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Actes non remboursés par la Sécurité sociale

La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

 **À savoir**

- Tous les pourcentages sont appliqués sur la base de remboursement et non sur le tarif fixé par le professionnel de santé (devis, facture...).
- Le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut évoluer.
- Les pourcentages de remboursement de la Sécurité sociale donnés dans ce tableau s'appliquent lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés.

	<b>Votre remboursement (par bénéficiaire)</b>
<b>Equipement 100% Santé<sup>(15)</sup>:</b>	
• Monture	Remboursement intégral
• Par verre	Remboursement intégral
• Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre	Remboursement intégral
<b>Equipement à tarif libre<sup>(16)</sup>:</b>	
• Monture	90% <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">60 €</span>
• Par verre :	
• Simple <sup>(17)</sup>	90% <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">40 €</span>
• Complexe <sup>(17)</sup>	90% <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">90 €</span>
• Très complexe <sup>(17)</sup>	90% <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">100 €</span>
• Supplément verres avec filtre	90% <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10%</span>
<b>Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien</b>	90% <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10%</span>
<b>Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)</b>	90% <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10%</span>
<b>Lentilles acceptées par la Sécurité sociale</b>	90% <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">100 €/An</span>
<b>Lentilles refusées par la Sécurité sociale</b>	<span style="background-color: purple; color: white; padding: 2px;">100 €/An</span>
<b>Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par la Sécurité sociale<sup>(18)</sup></b>	<span style="background-color: purple; color: white; padding: 2px;">200 €/Oeil</span>

 **À savoir**

Votre opticien vous remet un devis qui indiquera si l'équipement choisi est un équipement 100% Santé.

Un équipement est composé de 2 éléments : 2 verres et une monture.

Chaque élément est pris en charge selon les conditions de remboursement de la catégorie à laquelle il appartient (100% Santé ou tarif libre).

Remboursement limité à un équipement (une paire de lunettes) tous les 2 ans, sauf dans certains cas (par exemple pour les moins de 16 ans ou si la vue a évolué).

(Vous pouvez retrouver tous ces cas à l'art. L. 165-1 du code de la Sécurité sociale)

**(15) 100% Santé :** Vous êtes intégralement remboursé pour certains équipements optiques prévus par la réglementation (sous réserve du respect des prix limites de vente par les opticiens).

**(16) Tarif libre :** Votre opticien est libre dans les tarifs fixés.

**(17)** Pour avoir une explication de ce qu'est un verre simple, complexe ou très complexe : **rendez-vous page suivante.**

**(18)** 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.

## Les verres simples

Ils vont corriger **une seule pathologie (la myopie, l'astigmatisme ou l'hypermétropie)** :

- Verres unifocaux sphériques avec la sphère entre -6.00 et +6.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec la sphère entre -6.00 et 0 dioptries et le cylindre  $\leq$  à +4.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec la sphère positive et la somme S (sphère + cylindre) est  $\leq$  à 6.00 dioptries.

## Les verres complexes

Ils vont corriger **2 ou 3 pathologies différentes avec un verre unifocal, multifocal ou progressif** :

- Verres unifocaux sphériques avec la sphère hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec la sphère entre -6.00 et 0 dioptries et avec le cylindre  $>$  à +4.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec la sphère  $<$  à -6.00 dioptries et le cylindre est  $\geq$  à 0.25 dioptrie,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec la sphère positive et la somme S est  $>$  à 6.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec la sphère entre -4.00 et +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec la sphère entre -8.00 et 0.00 dioptries et le cylindre  $\leq$  à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec la sphère positive et la somme S  $\leq$  à 8.00 dioptries.

## Les verres très complexes

Ils vont corriger **2 ou 3 pathologies différentes avec un verre multifocal ou progressif** :

- Verres multifocaux ou progressifs sphériques la sphère hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec la sphère entre -8.00 et 0.00 dioptries et le cylindre supérieur à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec la sphère  $<$  à -8.00 dioptries et le cylindre  $\geq$  à 0.25 dioptrie,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec la sphère positive et la somme S  $>$  à 8.00 dioptries.



## Remboursements de la mutuelle (limités aux frais réellement dépensés)

Part remboursée par la Sécurité sociale (selon la base de remboursement)

La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la base de remboursement pour une prestation donnée

Part remboursée par la mutuelle pour couvrir le ticket modérateur

La mutuelle vous rembourse une partie de votre reste à charge pour arriver à 100% de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

Forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires

La mutuelle vous rembourse un complément en euros ou en pourcentage de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

Actes non remboursés par la Sécurité sociale

La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

### À savoir

- Tous les pourcentages sont appliqués sur la base de remboursement et non sur le tarif fixé par le professionnel de santé (devis, facture...).
- Le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut évoluer.
- Les pourcentages de remboursement de la Sécurité sociale donnés dans ce tableau s'appliquent lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Soins	
Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(19)</sup>	Remboursement intégral
Soins et Prothèses dentaires à tarif maîtrisé <sup>(20) (21)</sup>	
• Prothèses fixes	
• Inlay-core	
• Prothèses transitoires	
• Inlay onlay	
• Prothèses amovibles	
Soins et Prothèses dentaires à tarif libre <sup>(20) (22)</sup>	
• Prothèses fixes	
• Inlay-core	
• Prothèses transitoires	
• Inlay onlay	
• Prothèses amovibles	
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale :	
• Semestre de traitement	
• Autres actes (Examen, diagnostic, contention...)	 ou 
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	
Parodontologie <sup>(23) (24)</sup>	

**(19) 100% Santé :** Vous êtes intégralement remboursé pour certaines prestations dentaires (sous réserve du respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation).

**(20) Plafond commun de 700 €** par année civile sur les forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires.

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


**(22) Tarif libre :** Votre dentiste est libre dans les honoraires fixés.

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


**(24)** Le remboursement est limité à certains actes CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) ayant le code regroupement TDS (Tissu de Soutien) consultable sur le site ameli.fr.




## Remboursements de la mutuelle (limités aux frais réellement dépensés)

 Part remboursée par la Sécurité sociale (selon la base de remboursement)


La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la base de remboursement pour une prestation donnée

 Part remboursée par la mutuelle pour couvrir le ticket modérateur

La mutuelle vous rembourse une partie de votre reste à charge pour arriver à 100% de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires

La mutuelle vous rembourse un complément en euros ou en pourcentage de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Actes non remboursés par la Sécurité sociale

La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

### À savoir

- Tous les pourcentages sont appliqués sur la base de remboursement et non sur le tarif fixé par le professionnel de santé (devis, facture...).
- Le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut évoluer.
- Les pourcentages de remboursement de la Sécurité sociale donnés dans ce tableau s'appliquent lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés.

**(25) Remboursement conditionné à la mise en œuvre du tiers payant et au recours à un praticien dentaire partenaire agréé du réseau Kalixia.**

À géolocaliser sur Harmonie & Moi, disponible sur smartphone, ordinateur et tablette.

**(26) Le remboursement intégral se limite à des actes de référence.**

**Cliquez ici pour voir la liste des actes**, ou demandez à la mutuelle.

Dans le réseau Kalixia<sup>(25)</sup>

- Scellement des sillons pour une prémolaire<sup>(26)</sup>

**Votre remboursement**  
(par bénéficiaire)

**Remboursement intégral**

### À savoir


Remboursements conditionnés :

- au respect par votre dentiste des règles définies par la Sécurité sociale,
- à la présentation par le dentiste d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le dentiste et soumis à contrôle auprès de la cellule dentaire de la mutuelle.


Votre dentiste doit vous fournir un devis comprenant le traitement proposé et une information sur les alternatives thérapeutiques 100% Santé ou tarifs maîtrisés en cas de reste à charge.




## Remboursements de la mutuelle (limités aux frais réellement dépensés)

 Part remboursée par la Sécurité sociale (selon la base de remboursement)


La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la base de remboursement pour une prestation donnée

 Part remboursée par la mutuelle pour couvrir le ticket modérateur

La mutuelle vous rembourse une partie de votre reste à charge pour arriver à 100% de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires

La mutuelle vous rembourse un complément en euros ou en pourcentage de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

 Actes non remboursés par la Sécurité sociale

La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

### À savoir

- Tous les pourcentages sont appliqués sur la base de remboursement et non sur le tarif fixé par le professionnel de santé (devis, facture...).
- Le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut évoluer.
- Les pourcentages de remboursement de la Sécurité sociale donnés dans ce tableau s'appliquent lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés.

**(27)** Uniquement pour les séances effectuées par des médecins ou des professionnels autorisés. Votre facture doit comporter le n° FINESS et/ou le N° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel de santé.

Ostéopathie, Chiropraxie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-Kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée<sup>(27)</sup>

Consultations pédicure/podologue<sup>(27)</sup>

Activité physique adaptée<sup>(28)</sup>

**Votre remboursement**  
(par bénéficiaire)

150 €/An

3 séances/An - 25 €/Séance

240 €/An

**(28)** Uniquement pour les séances prescrites par un médecin et effectuées par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une Affection de longue durée, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou en perte d'autonomie (dans le cadre des articles L1172-1 et D1172-2 et suivants du code de la santé publique).

Sur présentation du formulaire fourni par la mutuelle et de la facture détaillée et acquittée.



## Contraception

Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale (selon liste)

**Votre remboursement**  
(par bénéficiaire)

60 €/An



## Remboursements de la mutuelle (limités aux frais réellement dépensés)

Part remboursée par la Sécurité sociale (selon la base de remboursement)

La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la base de remboursement pour une prestation donnée

Part remboursée par la mutuelle pour couvrir le ticket modérateur

La mutuelle vous rembourse une partie de votre reste à charge pour arriver à 100% de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

Forfaits supplémentaires et dépassements d'honoraires

La mutuelle vous rembourse un complément en euros ou en pourcentage de la base de remboursement (uniquement si la Sécurité sociale prend en charge vos soins au préalable)

Actes non remboursés par la Sécurité sociale

La mutuelle vous rembourse en partie certains de ces actes

### À savoir

- Tous les pourcentages sont appliqués sur la base de remboursement et non sur le tarif fixé par le professionnel de santé (devis, facture...).
- Le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut évoluer.
- Les pourcentages de remboursement de la Sécurité sociale donnés dans ce tableau s'appliquent lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés.

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Équilibre alimentaire - Diététique <sup>(29) (30) (31)</sup>	5 séances/An - 20 €/Séance
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) <sup>(31)</sup>	40 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (Substituts nicotiniques, consultations cognito-comportementales et/ou consultations d'hypnose Ericksonienne) <sup>(32)</sup>	75 €/An
Vaccin anti-grippal <sup>(31)</sup>	Remboursement intégral
Autres vaccins (selon liste) <sup>(31)</sup>	40 €/An
Bilan d'ergothérapie et de psychomotricité <sup>(31)</sup>	100 €/An
Séances d'ergothérapie et de psychomotricité <sup>(31)</sup>	5 séances/An - 60 €/Séance
Autotests : auto-tensiomètre, autocontrôle glycémique ou débitmètre de pointe <sup>(33) (34)</sup>	75 €
Autotests de dépistage du VIH <sup>(35)</sup>	20 €/An

**(29)** Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.

**(30)** Uniquement pour les séances effectuées par des médecins ou des professionnels autorisés. Votre facture doit comporter le n° FINESS et/ ou le N° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel de santé.

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

**(32)** Prise en charge sur prescription médicale, après intervention de la Sécurité Sociale, et sur présentation de la facture comportant le n°FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

**(33)** Sur présentation de la prescription médicale.

**(34)** Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire, la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

**(35)** Test disposant d'un marquage CE et vendu en pharmacie.



## Harmonie Santé Services

	Votre remboursement (par bénéficiaire)
Assistance confort et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Inclus
Action sociale (voir sur le site <a href="http://www.engages-inclusion.harmonie-mutuelle.fr">www.engages-inclusion.harmonie-mutuelle.fr</a> )	Inclus