



**Harmonie  
mutuelle**

GROUPE **vyv**

*AVANÇONS collectif*

## NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE DE FRAIS DE SANTÉ

**SYM-167152**

Entre

**POLES IAE**

Adresse siège social : 11 ALLEE SAINT EXUPERY 92390 VILLENEUVE LA GARENNE

Numéro Siren : 880585401

ci-après dénommée le souscripteur.

Et

**Harmonie Mutuelle**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473 et le numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57

Siège social : 143 rue Blomet - 75015 Paris.

ci-après dénommée la mutuelle.

Les présentes dispositions complètent et/ou modifient éventuellement la notice d'information en vigueur au titre du contrat souscrit et assuré par Harmonie Mutuelle.

ARTICLE 1 • DATE D'EFFET

Les présentes dispositions prennent effet à compter du 1er janvier 2024.

ARTICLE 2 • NATURE DU CONTRAT

Niveau	Code produit	Population	Nature de l'adhésion
BASE	PS2222	Actif	Obligatoire
OPTION	PS444R	Actif	Facultative

ARTICLE 3 • CATÉGORIE DE PERSONNEL ÉLIGIBLE

La notice concerne la catégorie Ensemble du Personnel du souscripteur.

ARTICLE 4 • BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Les bénéficiaires des prestations sont ceux définis à l'article **Bénéficiaires** de la notice d'information.

ARTICLE 5 • PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations sont définies dans les tableaux descriptifs des garanties annexés aux présentes dispositions.

## Annexe – Tableau(x) des prestations



# Assurance Complémentaire Santé

## Document d'information sur le produit d'assurance

COMPAGNIE : Harmonie Mutuelle - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité -

n° SIREN 538 518 473

PRODUIT : Protection Santé Salariés



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat collectif. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'entreprise (ou autre personne morale) souscriptrice. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties annexé.

### De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de vos salariés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance maladie obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables, ainsi que le panier de soins minimum de l'ANI.



#### Qu'est-ce qui est assuré ?

**Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à la charge de vos salariés.**

##### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Soins courants : consultations médecin, auxiliaires médicaux, médicaments à Service Médical Rendu (SMR) important et modéré pris en charge à 65 % et 30% par l'Assurance maladie, analyses et examens de laboratoire, matériel médical remboursé par l'Assurance maladie obligatoire : orthopédie et appareillages.
- ✓ Reste à charge zéro sur équipement 100 % santé (aides auditives, optique et dentaire).
- ✓ Aides auditives : équipement à tarif libre.
- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour forfait journalier hospitalier.
- ✓ Ambulance.
- ✓ Optique : équipement à tarif libre, lentilles remboursées par l'Assurance maladie obligatoire.
- ✓ Dentaire : soins et prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libres, orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire, bonification de garanties dans le réseau.
- ✓ Ostéopathie, chiropractie, micro-kinésithérapie.

##### LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

Chambre particulière, frais d'accompagnant, indemnité de naissance.

Chirurgie correctrice de l'oeil

Dépassement d'honoraires.

Bonification de garanties optiques dans le réseau.

Implantologie et parodontologie.

Cures thermales.

Sevrage tabagique, diététiciens, contraception.

##### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Assistance santé et assistance à l'étranger.
- ✓ Réseau de partenaires opticiens, dentistes, audioprothésistes et ostéopathes.
- ✓ Prévention personnalisée.
- ✓ Avantages dans les domaines du sport et du bien-être.



#### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Soins reçus en dehors de la période de couverture.
- ✗ Soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).
- ✗ Indemnités versées en complément de l'Assurance maladie obligatoire en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Séjours en établissement de personnes âgées, dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel et dans les services de longs séjours.
- ✗ Forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux.



#### Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

##### EXCLUSIONS du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

##### Autres exclusions

- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle.

##### PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! **Aides auditives** : Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans.
- ! **Chambre particulière** : limitée à 60 nuits par an pour la psychiatrie.
- ! **Optique** : limitée à un équipement par période de deux ans (sauf exception notamment en cas d'évolution de la vue ou pour les moins de 16 ans).



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Garantie santé : monde entier. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française et se fait sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Garantie assistance : en France métropolitaine, à Monaco ou dans les départements et régions d'Outre-Mer et dans le monde entier pour l'Assistance à l'étranger.



## Quelles sont mes obligations ?

### À l'adhésion

- Fournir à chaque adhérent un bulletin d'adhésion, la notice d'information rédigée par la mutuelle, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.
- S'il s'agit d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le souscripteur doit affilier au contrat la totalité des salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières, sous réserve des cas de dispense admis.

### En cours de garantie

- Déclarer à la mutuelle tous les mouvements dans la liste des salariés et ayants droit pour le 20 de chaque mois, sous peine de perdre les cotisations correspondantes au profit de la mutuelle.
- S'il s'agit d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, affilier les nouveaux salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières et leur fournir un bulletin d'adhésion et la notice d'information.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation), sous peine de suspension des garanties.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations et suivant les modalités définies aux conditions particulières (précompte de la cotisation).

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, la cotisation peut être payée par le souscripteur et/ou par l'adhérent par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal et suivant les modalités définies aux conditions particulières. Le paiement peut être fractionné au mois ou au trimestre.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat collectif prend effet à la date convenue d'un commun accord et indiquée aux conditions particulières pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. Elle est renouvelée chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'entreprise (ou autre personne morale) ou la mutuelle dans les cas et conditions indiqués dans le contrat collectif.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise (ou la personne morale) peut résilier le contrat collectif chaque année, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année (pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année).

## TABLEAU DES PRESTATIONS

**PS2222**

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - PS2222 généré le 16/10/2023

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Consultations psychologues (1)			100 €/An	100 €/An
Actes de sages-femmes	70 %	30 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 %	45 %		100 %
(1) Plafond commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention.				
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Automédication : médicaments pouvant être présentés en accès direct en pharmacie (1)(2)			25 €/An	25 €/An
(*) SMR: Service Médical Rendu.				
(1) Plafond commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention.				
(2) Selon liste ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire			50 €/An	50 €/An
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 20 %	120 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			100 €/An	100 €/An
+ Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer			100 €/An	100 €/An
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %			100 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			500 €/An	500 €/An
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (3)(4)				100 % Santé

# PS2222

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
AIDES AUDITIVES (suite)				
Equipement à tarif libre (3)(4) + Forfait supplémentaire (3)(4)	60 %	40 %	+ 20 % 200 €/Appareil	120 % 200 €/Appareil
Piles	60 %	40 %		100 %
(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.				
(4) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.				
Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	100 €/An	100 % 100 €/An
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 50 %	150 %
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 %	+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 % ou 100 %	45 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (5)(6)			50 €/Nuit	50 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (7)			15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant (8)			30 €/Jour	30 €/Jour
(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :				
- cures médicales en établissements de personnes âgées,				
- ateliers thérapeutiques,				
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,				
- centres de rééducation professionnelle				
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.				
(5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
(6) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.				
(7) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.				
Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
(8) Concernent uniquement les frais de repas et /ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	100 %		+ 60 %	160 %
Chambre particulière avec nuitée (5)			50 €/Nuit	50 €/Nuit
Indemnité de naissance (9)			150 €	150 €
(5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
(9) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.				



PS2222

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (3)(10)(11)				100 % Santé
- Monture				100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				100 % Santé
Equipement à tarif libre (3)(10)(11)(12)				
- Monture	60 %	60 €		60 % + 60 €
- Par verre dans le réseau KALIXIA (13)				
- Simple	60 %	55 €		60 % + 55 €
- Complexe	60 %	130 €		60 % + 130 €
- Très complexe	60 %	150 €		60 % + 150 €
- Par verre hors réseau				
- Simple	60 %	45 €		60 % + 45 €
- Complexe	60 %	110 €		60 % + 110 €
- Très complexe	60 %	120 €		60 % + 120 €
- Supplément verres avec filtre	60 %	40 %		100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 100 €/An		100 % + 100 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			100 €/An	100 €/An
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire (14)			200 €/Oeil	200 €/Oeil
<p>(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(10) 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>(11) 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>(12) - Verres simples :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.</p> <p>- Verres complexes :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.</p> <p>- Verres très complexes :</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(13) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.</p> <p>(14) 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 (15)				100 % Santé

# PS2222

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
DENTAIRE (suite)				
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (15)				
- Prothèses fixes	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-Core	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
- Prothèses transitoires	60 %	40 %		100 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires			50 €	50 €
- Inlay onlay	60 %	40 %	+ 150 %	250 %
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-core	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
- Prothèses transitoires	60 %	40 %		100 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires			50 €	50 €
- Inlay onlay	60 %	40 %	+ 150 %	250 %
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Dans le réseau des praticiens partenaires agréés Kalixia dentaire (16)				
Scellement des sillons pour une prémolaire (17)			PEC intégrale	PEC intégrale
(*) Les remboursements de la mutuelle :				
- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),				
- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.				
(15) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.				
(16) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un praticien partenaire agréé Kalixia dentaire. Les coordonnées de ces praticiens sont disponibles sur l'espace adhérent du site Internet de la mutuelle ou sur simple demande.				
(17) La prise en charge intégrale (PEC intégrale) est limitée à un acte de référence. La liste complète des actes concernés est disponible sur simple demande.				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS, Hypnose médicale, Etiopathes, Réflexologie, Sophrologie (1)(18)			100 €/An	100 €/An
Consultations pédicure/podologue (1)(19)			25 €/An	25 €/An
Activité Physique Adaptée (1)(20)			60 €/An	60 €/An
(1) Plafond commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention.				
(18) Remboursement sur réception de la facture acquittée sous réserve qu'elle comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS et/ou le n° du Registre National des Etiopathes du professionnel concerné sauf pour la sophrologie et la réflexologie pour lesquelles cette référence n'est pas exigée. Seules les séances individuelles de professionnels diplômés autorisés ou certifiés dans la discipline facturée peuvent faire l'objet d'une prise en charge.				
(19) 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.				
(20) 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 le régime obligatoire (selon liste) (1)			25 €/An	25 €/An
Préservatifs masculins (1)(21)			10 €/An	10 €/An
(1) Plafond commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention.				
(21) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
PREVENTION				
Equilibre alimentaire - Diététique (1)(19)(21)(22)			25 €/An	25 €/An

# PS2222

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
PREVENTION (suite)				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (1)(21)			40 €/An	40 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (1)(23)			25 €/An	25 €/An
Vaccin anti-grippal (1)(21)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (1)(21)			25 €/An	25 €/An
Ergothérapie (1)(21)			25 €/An	25 €/An
Séances de psychomotricité (1)(21)			25 €/An	25 €/An
Bilan de psychomotricité (1)(21)			25 €/An	25 €/An
Bilan d'ergothérapie (1)(21)			25 €/An	25 €/An
Autotests : auto tensiomètre, autocontrôle glycémique ou débitmètre de pointe (1)(24)(25)			75 €	75 €
Autotest de dépistage du SIDA (1)(26)			20 €/An	20 €/An
<p>(1) Plafond commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention.</p> <p>(19) 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°FINNESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(21) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(22) Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.</p> <p>(23) 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°FINNESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(24) Sur présentation de la prescription médicale.</p> <p>(25) 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.</p> <p>(26) Test disposant d'un marquage CE et vendu en pharmacie</p>				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

## (\*) CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés 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.



## TABLEAU DES PRESTATIONS

### PS444R

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - PS444R généré le 16/10/2023

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Consultations psychologues (1)			150 €/An	150 €/An
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 %	45 %		100 %
(1) Plafond commun à 400€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention.				
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Automédication : médicaments pouvant être présentés en accès direct en pharmacie (1)(2)			50 €/An	50 €/An
(*) SMR: Service Médical Rendu.				
(1) Plafond commun à 400€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention.				
(2) Selon liste ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire			100 €/An	100 €/An
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 80 %	180 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			300 €/An	300 €/An
+ Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer			300 €/An	300 €/An
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %			100 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			800 €/An	800 €/An
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (3)(4)				100 % Santé

# PS444R

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
AIDES AUDITIVES (suite)				
Equipement à tarif libre (3)(4) + Forfait supplémentaire (3)(4)	60 %	40 %	+ 80 % 400 €/Appareil	180 % 400 €/Appareil
Piles	60 %	40 %		100 %
(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.				
(4) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.				
Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	350 €/An	100 % 350 €/An
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
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 %	+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 % ou 100 %	45 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (5)(6)			100 €/Nuit	100 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (7)			50 €/Jour	50 €/Jour
Frais d'accompagnant (8)			75 €/Jour	75 €/Jour
(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :				
- cures médicales en établissements de personnes âgées,				
- ateliers thérapeutiques,				
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,				
- centres de rééducation professionnelle				
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.				
(5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
(6) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.				
(7) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.				
Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
(8) Concernent uniquement les frais de repas et /ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (5)			100 €/Nuit	100 €/Nuit
Indemnité de naissance (9)			300 €	300 €
(5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
(9) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.				

PS444R

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (3)(10)(11)				100 % Santé
- Monture				100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				100 % Santé
Equipement à tarif libre (3)(10)(11)(12)				
- Monture (13)	60 %	100 € - RO		100 €
- Par verre dans le réseau KALIXIA (14)				
- Simple	60 %	130 €		60 % + 130 €
- Complexe	60 %	260 €		60 % + 260 €
- Très complexe	60 %	320 €		60 % + 320 €
- Par verre hors réseau				
- Simple	60 %	115 €		60 % + 115 €
- Complexe	60 %	230 €		60 % + 230 €
- Très complexe	60 %	280 €		60 % + 280 €
- Supplément verres avec filtre	60 %	40 %		100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 200 €/An		100 % + 200 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			200 €/An	200 €/An
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire (15)			500 €/Oeil	500 €/Oeil

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

(10) 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.

(11) 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).

(12) - Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(13) RO: Remboursement du Régime Obligatoire

(14) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.

(15) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

DENTAIRE				
Soins	60 %	40 %	+ 200 %	300 %



# PS444R

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>DENTAIRE (suite)</b>				
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (16)				<b>100 % Santé</b>
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (16)				
- Prothèses fixes	60 %	40 %	+ 300 %	<b>400 %</b>
- Inlay-Core	60 %	40 %	+ 150 %	<b>250 %</b>
- Prothèses transitoires	60 %	40 %		<b>100 %</b>
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires			100 €	<b>100 €</b>
- Inlay onlay	60 %	40 %	+ 250 %	<b>350 %</b>
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	+ 300 %	<b>400 %</b>
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	60 %	40 %	+ 300 %	<b>400 %</b>
- Inlay-core	60 %	40 %	+ 150 %	<b>250 %</b>
- Prothèses transitoires	60 %	40 %		<b>100 %</b>
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires			100 €	<b>100 €</b>
- Inlay onlay	60 %	40 %	+ 250 %	<b>350 %</b>
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	+ 300 %	<b>400 %</b>
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (17)			350 €/An	<b>350 €/An</b>
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	+ 250 %	<b>350 %</b>
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			350 €/An	<b>350 €/An</b>
Implantologie (18)			800 €/An	<b>800 €/An</b>
Parodontologie (18)(19)			250 €/An	<b>250 €/An</b>
<u>Dans le réseau des praticiens partenaires agréés Kalixia dentaire (20)</u>				
Bonification implant entre 2 dents saines			400 €/Implant	<b>400 €/Implant</b>
Scellement des sillons pour une prémolaire (21)			PEC intégrale	<b>PEC intégrale</b>
(*) Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle. (16) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (17) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables. (18) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (19) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien). (20) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un praticien partenaire agréé Kalixia dentaire. Les coordonnées de ces praticiens sont disponibles sur l'espace adhérent du site Internet de la mutuelle ou sur simple demande. (21) La prise en charge intégrale (PEC intégrale) est limitée à un acte de référence. La liste complète des actes concernés est disponible sur simple demande.				
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS, Hypnose médicale, Etiopathes, Réflexologie, Sophrologie (1)(22)			200 €/An	<b>200 €/An</b>
Pédicurie - Consultations pédicure/podologue (1)(23)			75 €/An	<b>75 €/An</b>



# PS444R

Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
MEDECINES COMPLEMENTAIRES (suite)				
Activité physique adaptée (1)(24)			120 €/An	120 €/An
(1) Plafond commun à 400€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention. (22) Remboursement sur réception de la facture acquittée sous réserve qu'elle comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS et/ou le n° du Registre National des Etiopathes du professionnel concerné sauf pour la sophrologie et la réflexologie pour lesquelles cette référence n'est pas exigée. Seules les séances individuelles de professionnels diplômés autorisés ou certifiés dans la discipline facturée peuvent faire l'objet d'une prise en charge. (23) 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. (24) 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 le régime obligatoire (selon liste)			50 €/An	50 €/An
Préservatifs masculins (1)(18)			10 €/An	10 €/An
(1) Plafond commun à 400€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention. (18) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
PREVENTION				
Equilibre alimentaire - Diététique (1)(18)(23)(25)			75 €/An	75 €/An
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (1)(18)			40 €/An	40 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (1)(26)			75 €/An	75 €/An
Vaccin anti-grippal (1)(18)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (1)(18)			75 €/An	75 €/An
Ergothérapie (1)(18)			75 €/An	75 €/An
Séances de psychomotricité (1)(18)			75 €/An	75 €/An
Bilan de psychomotricité (1)(18)			75 €/An	75 €/An
Bilan d'ergothérapie (1)(18)			75 €/An	75 €/An
Autotests : auto tensiomètre, autocontrôle glycémique ou débitmètre de pointe (1)(27)(28)			75 €	75 €
Autotest de dépistage du SIDA (1)(29)			20 €/An	20 €/An
(1) Plafond commun à 400€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention. (18) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (23) 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. (25) Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés. (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. (27) Sur présentation de la prescription médicale. (28) 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. (29) Test disposant d'un marquage CE et vendu en pharmacie				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

## (\*) CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés 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.

