

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023



Remboursement de la Sécurité sociale (Régime général*)	Prestations ss déduction du remboursement de la Séc. Sociale **					
	RÉGIME SOCLE (BASE CONVENTIONNELLE)		RÉGIME 1 (RÉGIME SOCLE + OPTION 1)		RÉGIME 2 (RÉGIME SOCLE + OPTION 2)	
	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM
SOINS COURANTS suite						
Analyses et examens de laboratoire						
- Remboursés par la Ss (Actes de Biologie)	60% BR	100% BR	100% BR		100% BR	
- Remboursés par la Ss (autres actes)	70%/100% BR	100% BR	100% BR		100% BR	
Auxiliaires médicaux	60% BR	100% BR	100% BR		100% BR	
Sage femme	70% BR	120% BR	120% BR		120% BR	
Médicaments						
- SMR faible	15% BR	15% BR	100% BR		100% BR	
- SMR modéré	30% BR	100% BR	100% BR		100% BR	
- SMR important	65% BR	100% BR	100% BR		100% BR	
Traitement anti tabac prescrit et pris en charge	65% BR	100% BR	100% BR		100% BR	
Traitement anti tabac prescrit et non pris en charge	-	1,5% PMSS / an	2% PMSS / an		4% PMSS / an	
Vaccins prescrits remboursés Ss	65% BR	100% BR	100% BR		100% BR	
Vaccins prescrits et non remboursés (plafond commun)	-	2% PMSS / an	2% PMSS / an		2% PMSS / an	
Médicaments prescrits pour la prévention du paludisme, la fièvre jaune et autres maladies infectieuses liées aux voyages et non pris en charge (plafond commun)	-	2% PMSS / an	2% PMSS / an		2% PMSS / an	
Matériel médical, produits et dispositifs (hors auditif) [2]						
Prothèse capillaire prise en charge Ss	60% BR	100% BR	200% BR		300% BR	
Prothèse mammaire prise en charge Ss	60% BR	100% BR	200% BR		300% BR	
Semelle orthopédique	60% BR	100% BR	200% BR		300% BR	
Petits appareillages et produits	60% BR	100% BR	200% BR		300% BR	
Autres appareillages et produits	100% BR	100% BR	200% BR		300% BR	
Participation forfaitaire sur les actes lourds	-	100% du forfait	100% du forfait		100% du forfait	
Cures thermales acceptées et forfait hébergement						
Cure + Forfait frais d'hébergement	65% BR	100% BR	100% BR + 5% PMSS		100% BR + 7% PMSS	
Cures thermales avec hospitalisation	80% BR	100% BR	100% BR + 5% PMSS		100% BR + 7% PMSS	

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023



Remboursement de la Sécurité sociale (Régime général*)	Prestations ss déduction du remboursement de la Séc. Sociale **					
	RÉGIME SOCLE (BASE CONVENTIONNELLE)		RÉGIME 1 (RÉGIME SOCLE + OPTION 1)		RÉGIME 2 (RÉGIME SOCLE + OPTION 2)	
	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM
AIDES AUDITIVES						
Équipement 100% Santé (Équipement de Classe I)						
- Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité	60% BR	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
- Assuré > 20 ans	60% BR	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Équipement libre (Équipement de Classe II)						
- Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité	60% BR	100% BR	150% BR	150% BR	190% BR	190% BR
- Assuré > 20 ans	60% BR	100% BR	150% BR	150% BR	190% BR	190% BR
Entretien / réparation / Piles et autres consommables	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
OPTIQUE						
Équipement optique 100% Santé (Classe A)						
Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 Verres)	60% BR	100% FR dans la limite de PLV	100% FR dans la limite de PLV	100% FR dans la limite de PLV	100% FR dans la limite de PLV	100% FR dans la limite de PLV
Bénéficiaire de moins de 16 ans (Monture + 2 Verres)	60% BR					
Prestation d'appariage (verres classe A + réfraction différente)	60% BR					
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	60% BR					
Équipement Libre (Classe B)						
Monture						
- Adulte	60% BR	80 €	100 €	100 €	100 €	100 €
- Enfant	60% BR	60 €	85 €	85 €	100 €	100 €
Verres adultes						
- Verre simple	60% BR	40 €	120 €	120 €	130 €	130 €
- Verre complexe	60% BR	90 €	220 €	220 €	230 €	230 €
- Verre très complexe	60% BR	150 €	250 €	250 €	260 €	260 €
Verres enfants						
- Verre simple	60% BR	40 €	80 €	80 €	90 €	90 €
- Verre complexe	60% BR	90 €	180 €	180 €	190 €	190 €
- Verre très complexe	60% BR	90 €	180 €	180 €	190 €	190 €
Prestations supplémentaires (équipement classe A ou B)						
Prestation d'adaptation (verres classe A)	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prestation d'adaptation (verres classe B)	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Supplément pour verres avec filtres de classe B	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles						
- Remboursées par la Ss	60% BR	100% BR + 3% PMSS / an	100% BR + 3% PMSS / an	100% BR + 3% PMSS / an	100% BR + 5% PMSS / an	100% BR + 5% PMSS / an
- Refusées par la Ss	-	Néant	3% PMSS / an	3% PMSS / an	5% PMSS / an	5% PMSS / an
Chirurgie réfractive	-	10% PMSS / œil	22% PMSS / œil	22% PMSS / œil	35% PMSS / œil	35% PMSS / œil

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023



Remboursement de la Sécurité sociale (Régime général*)	Prestations ss déduction du remboursement de la Séc. Sociale **					
	RÉGIME SOCLE (BASE CONVENTIONNELLE)		RÉGIME 1 (RÉGIME SOCLE + OPTION 1)		RÉGIME 2 (RÉGIME SOCLE + OPTION 2)	
	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% Santé						
Inlay core	70% BR	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	70% BR	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Prothèses panier maîtrisé						
Inlay / Onlay	70% BR	125% BR dans la limite des HLF	150% BR dans la limite des HLF	175% BR dans la limite des HLF	175% BR dans la limite des HLF	175% BR dans la limite des HLF
Inlay core	70% BR	150% BR dans la limite des HLF	175% BR dans la limite des HLF	175% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF
Prothèse Incisive / Canine / 1 ^{re} Prémolaire (max 3 / an) [3]	70% BR	275% BR dans la limite des HLF	350% BR dans la limite des HLF	350% BR dans la limite des HLF	450% BR dans la limite des HLF	450% BR dans la limite des HLF
Prothèse 2 ^e prémolaire et molaire (max 3 / an) [3]	70% BR	200% BR dans la limite des HLF	250% BR dans la limite des HLF	250% BR dans la limite des HLF	350% BR dans la limite des HLF	350% BR dans la limite des HLF
Prothèses panier libre						
Inlay / Onlay	70% BR	125% BR	150% BR	150% BR	175% BR	175% BR
Inlay core	70% BR	150% BR	175% BR	175% BR	200% BR	200% BR
Prothèse Incisive / Canine / 1 ^{re} Prémolaire (max 3 / an) [3]	70% BR	275% BR	350% BR	350% BR	450% BR	450% BR
Prothèse 2 ^e prémolaire et molaire (max 3 / an) [3]	70% BR	200% BR	250% BR	250% BR	350% BR	350% BR
Soins dentaires						
Soins dentaires	70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres actes dentaires						
Parodontologie remboursée Ss	70% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR
Parodontologie non remboursée Ss	-	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
Orthodontie acceptée Ss	70% BR	200% BR	250% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Orthodontie non prise en charge Ss	-	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
Désobturation endodontique (maxi 2 actes tous les 3 ans/ benef) [4]	-	2% PMSS / Désobturation	2,5% PMSS / Désobturation	2,5% PMSS / Désobturation	2,5% PMSS / Désobturation	2,5% PMSS / Désobturation
Implantologie						
Implant + pilier dentaire (maxi 2 tous les 3 ans/ benef.) [4]	-	8% PMSS / Implant + pilier	10% PMSS / Implant + pilier	10% PMSS / Implant + pilier	12% PMSS / Implant + pilier	12% PMSS / Implant + pilier

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023



	Remboursement de la Sécurité sociale (Régime général*)	Prestations ss déduction du remboursement de la Séc. Sociale **					
		RÉGIME SOCLE (BASE CONVENTIONNELLE)		RÉGIME 1 (RÉGIME SOCLE + OPTION 1)		RÉGIME 2 (RÉGIME SOCLE + OPTION 2)	
		DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM
ACTES DIVERS							
Ostéodensitométrie prescrite et prise en charge Ss	70% BR	100% BR +13 € / an		100% BR + 25 € / an		100% BR + 38 € / an	
Ostéodensitométrie prescrite et non prise en charge Ss	-	Néant		25 € / an		50 € / an	
Diététicien	-	25 € / séance (max 2 / an)		25 € / séance (max 2 / an)		25 € / séance (max 2 / an)	
Médecines douces reconnues par les annuaires professionnels de praticiens et non remboursées par la Sécurité sociale (Ostéopathe / Etiopathe / Chiropracteur / Psychologue / Psychomotricien Acupuncteur, Podologue)	-	25 € / séance (max 3 / an)		35 € / séance (max 3 / an)		35 € / séance (max 5 / an)	
Forfait petit appareillage prescrit et inscrit sur la LPP, avec reste à charge (hors appareillages auditifs et équipements optiques)	-	25 € / an		35 € / an		50 € / an	
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	70% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
Assistance	-	Oui		Oui		Oui	

* La grille sera adaptée pour ce qui est du régime local sans modifications des niveaux de remboursements présents dans le tableau (les honoraires des médecins et dentistes sont remboursés à 90%, de même que les honoraires des auxiliaires médicaux, les actes techniques, les analyses et prélèvements de laboratoire, les frais de séjour hospitaliers et les transports prescrits sont remboursés à 100%, enfin le forfait journalier hospitalier en hôpital ou clinique est remboursé à hauteur de 20 euros [valeur 2021] et en établissement psychiatrique à hauteur de 15 euros [valeur 2021])

** Les montants forfaitaires sont remboursés dans la limite des frais réellement acquittés par l'assuré

*** médicale, chirurgicale et à domicile, y compris maternité

[1] Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

[2] Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale

[3] Limité à 3 prothèses par an par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge 125% BR (Couronnes, bridges et inter de bridge/Couronnes sur implant/Prothèses dentaires amovibles ou fixes /Réparation sur prothèses.)

[4] La durée des 3 ans est considérée à partir de la date des premiers actes ou soins réalisés et ayant donné lieu à remboursement.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2023 : XXXX €)

FR : Frais réels engagés par l'assuré

LPP : Liste des produits et prestations remboursés par la Sécurité sociale

PLV : Prix limite de Vente

HLF : Honoraire Limite de Facturation

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

Ss: Sécurité sociale

SMR : Service Médical Rendu

TAUX DE COTISATIONS DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023
(sous réserve de la parution de l'arrêté d'agrément au Journal Officiel)

ACTIFS (portabilité incluse)
(En % du PMSS - Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

RÉGIME GÉNÉRAL	Régime Socle SALARIÉ Base Conventionnelle (& extensions facultatives salarié / ayants droit)			Régime R1 SALARIÉ (Socle + Option 1 réunis) Choix du R1 obligatoire par l'entreprise (& extensions facultatives salarié / ayants droit)		Régime R2 SALARIÉ (Socle + Option 2 réunis) Choix du R2 obligatoire par la structure (& extension facultative ayants droit)
	Socle obligatoire SALARIÉ	+ Option 1 facultative (à exprimer en complément de celui du régime Socle)	+ Option 2 facultative (à exprimer en complément de celui du régime Socle)	R1 obligatoire SALARIÉ	+ Option 2 facultative (à exprimer en complément de celui du régime R1)	R2 obligatoire SALARIÉ
Salarié	0,94%	0,64%	0,96%	1,47%	0,31%	1,75%
Conjoint facultatif *	1,08%	0,73%	1,10%	1,69%	0,36%	2,01%
Enfant facultatif * (gratuit à compter du 3 ^e enfant)	0,70%	0,32%	0,54%	0,97%	0,23%	1,17%

RÉGIME LOCAL	Socle obligatoire SALARIÉ	+ Option 1 facultative (à exprimer en complément de celui du régime Socle)	+ Option 2 facultative (à exprimer en complément de celui du régime Socle)	Régime R1 SALARIÉ (Socle + Option 1 réunis) Choix du R1 obligatoire par l'entreprise (& extensions facultatives salarié / ayants droit)		R2 obligatoire SALARIÉ
				R1 obligatoire SALARIÉ	+ Option 2 facultative (à exprimer en complément de celui du régime R1)	
Salarié	0,42%	0,64%	0,96%	0,95%	0,31%	1,21%
Conjoint facultatif *	0,48%	0,73%	1,10%	1,09%	0,36%	1,39%
Enfant facultatif * (gratuit à compter du 3 ^e enfant)	0,34%	0,32%	0,54%	0,61%	0,23%	0,81%

* Pour l'extension facultative aux ayants droit, ces derniers doivent souscrire au même niveau de garanties que la salarié.

** Au cours de cette période, les cotisations ne pourront pas faire l'objet d'une revalorisation ou d'une actualisation. Ce maintien s'entend à réglementation et législation constantes en matière de protection sociale.

MGEN :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 775 685 399. LEI 9695002XFD-DIA8FN1325.
Siège social : 3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15.

Harmonie Mutuelle, assureur, gestionnaire et distributeur :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, LEI n° 969500JLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet 75015 Paris.