

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2022

NATURE DES FRAIS	Les garanties exprimées incluent le remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels	
	SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	OPTION + SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE
HOSPITALISATION (y compris en cas de maternité)		
Honoraires médicaux et chirurgicaux	DPTM : 200 % BR	DPTM : 300 % BR
	Non DPTM : 180 % BR	Non DPTM : 200 % BR
Frais de séjour	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée
Chambre particulière	2% PMSS / nuit	3% PMSS / nuit
Chambre particulière ambulatoire	2% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	1,5% PMSS / jour	2% PMSS / jour
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100% BR	100 % BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux :		
Consultations / visites : Généralistes	DPTM : 150 % BR	DPTM : 250 % BR
	Non DPTM : 130% BR	Non DPTM : 200% BR
Consultations / visites : Spécialistes	DPTM : 200 % BR	DPTM : 250 % BR
	Non DPTM : 180% BR	Non DPTM : 200% BR
Actes techniques médicaux	DPTM : 150 % BR	DPTM : 250 % BR
	Non DPTM : 130% BR	Non DPTM : 200% BR
Radiologie, imagerie médicale	DPTM : 150 % BR	DPTM : 250 % BR
	Non DPTM : 130% BR	Non DPTM : 200% BR
Analyses médicales et examens de laboratoire	200 % BR	250 % BR
Honoraires paramédicaux :		
Infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, etc.	150 % BR	250 % BR
Matériel médical :		
Autres prothèses remboursées SS (hors dentaire et aide auditive)	150 % BR	250 % BR
Médicaments :		
Médicaments remboursés SS (y compris vaccins remboursés SS)	100 % BR	100 % BR
Contraception non remboursée SS	-	70€ / an / bénéficiaire
Traitement des addictions non remboursé SS (tabac, alcool)	-	50€ / an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES (Période de renouvellement : un appareil tous les 4 ans/oreille)		
Aides auditives 100% Santé (Classe I) (*)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Aides auditives hors 100% Santé (Classe II)	200% BR et limité à 1700€ (y compris RSS) par appareil	250% BR et limité à 1700€ (y compris RSS) par appareil
Accessoires et fournitures	200% BR	250% BR

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2022



NATURE DES FRAIS	Les garanties exprimées incluent le remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels	
	SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	OPTION + SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE
OPTIQUE (**)		
Equipements 100% Santé (classe A) (*)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Verres à tarif libre (classe B)	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Monture à tarif libre (classe B)	100 €	100 €
Supplément Verres avec filtre	100% BR	100% BR
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	100% BR	100% BR
Lentilles acceptées SS, refusées SS et jetables	3% PMSS / an / bénéficiaire	5% PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie de la myopie (par oeil)	15% PMSS (***)	15% PMSS
DENTAIRE		
Soins dentaires	180% BR (***)	250% BR
Soins et prothèses - panier 100% Santé (*)	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Soins et prothèses - panier maîtrisé (*)	250% BR dans la limite des HLF	300% BR dans la limite des HLF
Inlays / Onlays - panier maîtrisé (*)	250% BR dans la limite des HLF (***)	300% BR dans la limite des HLF
Soins et prothèses - panier libre	250% BR	300% BR
Inlays / Onlays - panier libre	250% BR (***)	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées SS	161,25€ / prothèse	268,75€ / prothèse
Orthodontie acceptée SS / semestre	280% BR (***)	330% BR
Orthodontie refusée SS / semestre	200% BR reconstituée (***)	250% BR reconstituée
Parodontologie non remboursé SS (****)	100€ / an / bénéficiaire	200€ / an / bénéficiaire
Implants dentaires non remboursés SS	400€ / an / bénéficiaire (***)	600€ / an / bénéficiaire (***)
CURE THERMALE		
Cure thermale acceptée SS	10% PMSS / an / bénéficiaire	15% PMSS / an / bénéficiaire
FORFAIT MATERNITÉ (par enfant, doublé en cas de naissance gémellaire)		
Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance ou de son adoption	5% PMSS	15% PMSS
MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES		
Osteopathie - Chiropractie - Etiopathie - Acupuncture - Psychologue (***)	1,5% PMSS / séance (***) limité à 4 séances / an	1,5% PMSS / séance limité à 4 séances / an
ACTES DE PRÉVENTION		
7 actes figurant dans la liste de la HAS	100% BR	100% BR

(*) Tel que défini réglementairement dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation

(**) 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.

(***) Amélioration au 1^{er} janvier 2021

(****) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)

LEXIQUE

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L162-5 du Code de la sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAM-CO).

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée ;

OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens ;

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale ;

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale ;

TM : Ticket modérateur ; HAS : Haute Autorité de Santé ;

HLF : honoraires limites de facturation ;

PLV : Prix limites de vente ;

FR : Frais réels ;

SS : Sécurité sociale ;

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale.

Prise en charge de la participation forfaitaire visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale : la participation forfaitaire de 24 € est applicable pour les actes médicaux coûteux dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 60.

La participation forfaitaire due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence) est prise en charge par la mutuelle.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2022



Grilles Optiques : Verres hors 100% Santé (Classe B). Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (RSS) / verre (**)

	SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	OPTION + SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE
CYLINDRIQUES VERRES SIMPLE FOYER		
Sphère de -6 à +6	1,9% PMSS	2,7% PMSS
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2,6% PMSS	3,4% PMSS
Sphère < -10 ou > +10	2,9% PMSS	4,0% PMSS
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES		
Cylindre < +4, sphère de -6 à 0	2,2% PMSS	3,0% PMSS
Cylindre < +4, sphère positive et (sphère + cylindre) < +6	2,2% PMSS	3,0% PMSS
Cylindre < +4, sphère positive et (sphère + cylindre) > +6	3,2% PMSS	4,2% PMSS
Cylindre < +4, sphère < -6 ou > +6	2,7% PMSS	3,7% PMSS
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	3,2% PMSS	4,2% PMSS
Cylindre > +4, sphère positive et (sphère + cylindre) < +6	2,2% PMSS	3,0% PMSS
Cylindre > +4, sphère positive et (sphère + cylindre) > +6	3,2% PMSS	4,2% PMSS
Cylindre > +4, sphère < -6 ou > +6	3,5% PMSS	4,8% PMSS
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES		
Sphère de -4 à +4	4,0% PMSS	5,4% PMSS
Sphère < -4 ou > +4	4,5% PMSS	6,1% PMSS
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES VERRES		
Sphère de -8 à +8	5,0% PMSS	6,7% PMSS
Sphère < -8 ou > +8	5,4% PMSS	7,4% PMSS

(**) 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.
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

TAUX DE COTISATIONS DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2021

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

L'employeur doit souscrire au socle conventionnel obligatoire et il peut aussi choisir de renforcer les garanties par l'adhésion à l'option à titre obligatoire pour l'ensemble des salariés.

Le salarié a la possibilité d'améliorer sa garantie selon le choix fait par l'employeur.

Le régime prévoit également la possibilité de faire adhérer le conjoint non couvert de façon obligatoire.

RÉGIME GÉNÉRAL	Isolé ⁽¹⁾⁽⁴⁾	Famille ⁽²⁾⁽⁴⁾ (salarié avec ayants droit affiliés à titre obligatoire)	Conjoint affilié à titre facultatif ⁽³⁾
Socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	1,650%	3,080%	1,799%
Option facultative en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,492%	0,772%	0,543%
Option obligatoire en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,412%	0,645%	0,456%

RÉGIME ALSACE MOSELLE	Isolé ⁽¹⁾⁽⁴⁾	Famille ⁽²⁾⁽⁴⁾ (salarié avec ayants droit affiliés à titre obligatoire)	Conjoint affilié à titre facultatif ⁽³⁾
Socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	1,020%	1,940%	1,110%
Option facultative en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,500%	0,770%	0,560%
Option obligatoire en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,420%	0,650%	0,470%

* PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

(1) Salarié «Isolé» : salarié célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps, sans enfant à charge

(2) Salarié «Famille» : salarié ayant de(s) enfant(s) à charge et/ou un conjoint (conubin ou pacsé) dont le revenu annuel brut est inférieur à 20% du plafond annuel de la Sécurité sociale

(3) Conjoint affilié à titre facultatif : conjoint (conubin ou pacsé) dont le revenu annuel brut est supérieur ou égal à 20% du plafond annuel de la Sécurité sociale

(4) Degré élevé de solidarité : Prise en charge totale ou partielle des cotisations des salariés (part salariale) au titre de l'adhésion obligatoire :

- pour les salariés ou apprentis bénéficiaires d'un CDD de moins de 12 mois

- pour les salariés lorsque les cotisations représentent au moins 10% de leurs revenus bruts

ADHÉSION

Plusieurs schémas d'adhésion sont possibles selon les besoins de l'employeur et des salariés :

- 1. En tant qu'employeur vous choisissez le niveau de garanties du contrat collectif obligatoire que vous souhaitez mettre en place. Les salariés seront couverts seul, ou avec leur enfant ainsi que le conjoint (concubin ou pacsé) dont le revenu annuel brut est inférieur à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.
- 2. En fonction du choix retenu par l'employeur, chaque salarié a la possibilité d'améliorer ses garanties et d'étendre sa couverture frais de santé à ses ayants droit dans le cadre d'une couverture facultative. La cotisation afférente est à la charge exclusive du salarié.

Choix de l'employeur

(L'employeur participe pour au moins 50% du montant des cotisations, y compris celles de l'Option à adhésion obligatoire)



Socle conventionnel
obligatoire

Socle conventionnel
obligatoire +
Option à adhésion
obligatoire

Choix du salarié

(En fonction du choix effectué par l'employeur, le salarié peut choisir (la cotisation afférente est à la charge exclusive du salarié))



Adhérer à l'OPTION
à titre facultatif

et / ou

Couvrir le conjoint
affilié à titre facultatif

Socle conventionnel
obligatoire +
Option à adhésion
obligatoire

➤ 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.