

P02417

Garantie dite "responsable"

Régime général	Remboursement Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Remboursement Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE (suite)				
Forfait lentilles acceptées/refusées par l'Assurance maladie obligatoire			100 €/An	100 €/An
Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia (6)				
Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale de verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti reflet (7)			Oui	Oui
<i>(5) Limité à une monture par an et par bénéficiaire.</i>				
<i>(6) Le complément de garantie est limité à 2 verres par année civile et par bénéficiaire et conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance des frais dans la limite de la garantie et au recours à un opticien agréé Kalivia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles en agence et sur le site internet de la mutuelle.</i>				
<i>(7) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle.</i>				
DENTAIRE				
Consultations, soins et actes d'imagerie médicale	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Inlays-core	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
Prothèses dentaires acceptées par l'Assurance maladie obligatoire	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
Prothèses dentaires refusées par l'Assurance maladie obligatoire			250 %	250 %
<i>Prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (nomenclature générale des actes professionnels ou CCAM). Les remboursements sont soumis à l'avis du dentiste conseiller de la Mutuelle.</i>				
ORTHODONTIE				
Orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire :				
Traitement semestriel / Travaux de contention après traitement	100 %		+ 100 %	200 %
Examens prétraitement et de surveillance orthodontique	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Orthodontie refusée par l'Assurance maladie obligatoire :				
Traitement semestriel / Travaux de contention après traitement			200 %	200 %
Examens prétraitement et de surveillance orthodontique			200 %	200 %
<i>Le remboursement par la mutuelle des traitements d'orthodontie refusés par l'Assurance maladie obligatoire, est conditionné à l'accord préalable de son dentiste-conseiller.</i>				
PRÉVENTION				
Préserver votre capital santé				
Actes pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 concernant les contrats responsables en application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale				
Vaccins remboursés par l'Assurance maladie obligatoire	65 %	35 %		100 %
Dépistage de l'hépatite B	60 %	40 %		100 %
Détartrage annuel complet	70 %	30 %		100 %
Scellement des sillons (avant 14 ans)	70 %	30 %		100 %
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui
<i>Les prestations d'assistance sont mises en oeuvre par Ressources Mutuelles Assistance (RMA), union technique d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.</i>				

L'engagement de la mutuelle porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne "remboursement de la mutuelle".

Le remboursement total donné à titre indicatif peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la base de remboursement utilisée par l'Assurance maladie obligatoire (tarif de responsabilité) dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.

Participation forfaitaire et franchises médicales

Sont laissés à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire et viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire:

- la participation forfaitaire pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale,
 - les franchises médicales annuelles sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret par bénéficiaire de soins. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et jeunes de moins de 18 ans et les femmes enceintes en sont toutefois exonérés.
- De par la réglementation, elles ne sont pas remboursées par la mutuelle au titre de la présente garantie et restent à la charge du bénéficiaires des soins.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

Lorsque vous recevez des soins médicaux sans passer par votre "médecin traitant", à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance maladie obligatoire considère que vous ne respectez pas le "parcours de soins coordonnés".

C'est pourquoi les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à votre charge exclusive et ne peuvent être remboursées par la présente garantie.

Par ailleurs, la part des dépassements d'honoraires dont le remboursement est autorisé par la réglementation, n'est prise en charge, dans la limite de la garantie, qu'en cas d'hospitalisation.

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. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.