

VOTRE GARANTIE

AXSCA00088
AXSCAL0088
AXSCAL00260
AXSCAL0260
AXSCA00259
AXSCA00261
AXSCAL0261
AXSCA00087
AXSCAL0087
AXSCA00259
AXSCAL0259
AXSCA00260
AXSCAL0260
AXSCA00261
AXSCAL0261
AXSCA00285
AXSCAL0285
AXSCA00286
AXSCAL0286
AXSCA00287
AXSCAL0287
AXSCA00288
AXSCAL0288
AXSCA00289
AXSCAL0289

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS			
	Régime socle	Option 1 (Y compris régime socle)	Option 2 (Y compris régime socle)	Option 3 (Y compris régime socle)
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE (*)				
Frais de séjour (**)	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (**)				
- médecins adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
- médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
(*) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile.				
(**) Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.				
• Forfait journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais Réels			
• Chambre particulière (y compris maternité)	-	1,5 % du PMSS ⁽¹⁾ / jour	2,5 % du PMSS ⁽¹⁾ / jour	3,5 % du PMSS ⁽¹⁾ / jour
• Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	-	1 % du PMSS ⁽¹⁾ / jour	2 % du PMSS ⁽¹⁾ / jour	2 % du PMSS ⁽¹⁾ / jour
LES FRAIS DE TRANSPORT DU MALADE EN VEHICULE SANITAIRE				
PHARMACIE (Y compris VACCINS remboursés par la Sécurité sociale)	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité sociale)	10 € par an et par bénéficiaire			
MEDICAMENTS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes)				
- médecins adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
- médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
CONSULTATIONS – VISITES (de spécialistes, de neuropsychiatres)				
- médecins adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
- médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
ACTES PRATIQUÉS PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)				
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE				
- médecins adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
- médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
ANALYSES MEDICALES ET TRAVAUX DE LABORATOIRE				
ACTES D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER				
- médecins adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
- médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE				
• consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
• inlays onlays d'obturation	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE				
• prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), remboursés par la Sécurité sociale	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
• inlays core	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 150 % BR
ACTES DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE				
• Piliers de bridge sur dent saine, par pilier	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	300% BR reconstituée
• Implants dentaires, par implant	-	100 € / an / bénéficiaire	450 € / an / bénéficiaire	800 € / an / bénéficiaire
• Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire
FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE)				
• Actes pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 350 % BR
• Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR reconstituée / semestre	150 % BR reconstituée / semestre	200 % BR reconstituée / semestre	300% BR reconstituée / semestre
PROTHÈSES AUDITIVES				
100 % TM majoré de 200 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 200 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 300 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 300 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 300 € / oreille / an / bénéficiaire
ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES ET NON AUDITIVES				
100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
OPTIQUE				
pour un verre				
. Verre simple foyer, sphérique (***)				
o Sphère de - 6 à + 6	60 €	80 €	90 €	110 €
o Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10	80 €	90 €	100 €	120 €
o Sphère < - 10 ou > + 10	85 €	100 €	110 €	130 €
• Verre simple foyer, sphéro-cylindrique (***)				
o Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6	70 €	90 €	100 €	120 €
o Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6	80 €	100 €	110 €	130 €
o Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6	100 €	120 €	130 €	150 €
o Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6	110 €	130 €	140 €	160 €

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS			
	Régime socle	Option 1 (Y compris régime socle)	Option 2 (Y compris régime socle)	Option 3 (Y compris régime socle)
OPTIQUE (suite)				
• Verre multi-focal ou progressif sphérique (***)				
○ Sphère de - 4 à + 4	130 €	150 €	190 €	210 €
○ Sphère < - 4 ou > + 4	150 €	170 €	210 €	230 €
• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (***)				
○ Sphère de - 8 à + 8	160 €	180 €	220 €	240 €
○ Sphère < - 8 ou > + 8	200 €	220 €	260 €	280 €
Monture (**) sous déduction du remboursement Sécurité sociale	1,5 % du PMSS ³	1,5 % du PMSS ³	3,5 % du PMSS ³	4,5 % du PMSS ³ (*****)
Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale)	2 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	3 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	5 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	8 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	-	10 % du PMSS ⁴ / œil	25 % du PMSS ⁴ / œil	25 % du PMSS ⁴ / œil
INDEMNITÉS FORFAITAIRES				
Maternité Indemnité forfaitaire pour les frais de maternité inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance (Montant versé par enfant)	5 % du PMSS ⁵	10 % du PMSS ⁵	15 % du PMSS ⁵	20 % du PMSS ⁵
Cures Thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours) :	100 % TM + 50 % BR + 5 % du PMSS ⁶	100 % TM + 50 % BR + 10 % du PMSS ⁶	100 % TM + 50 % BR + 15 % du PMSS ⁶	100 % TM + 50 % BR + 15 % du PMSS ⁶
MEDECINE DOUCE (consultations non prises en charge par la Sécurité sociale)	Remboursement global de 50 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 50 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 50 € / séance (maxi 4 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 50 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)
Consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRAXIE, d'ACUPUNCTURE, ou d'ETIOPATHIE, PEDICURIE / PODOLOGIE, DIETETIQUE POUR ENFANT DE MOINS DE 12 ANS (*****)				
PRESTATIONS DE PRÉVENTION				
1 Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).				
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.				
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).				
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : • Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) • Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)				
• Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) • Audiométrie tonale et vocale (CDQP012)				
• Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).				
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.				
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : • Diphtérie, tétonas et poliomyélite : tous âges • Coqueluche : avant 14 ans • Hépatite B : avant 14 ans • BCG : avant 6 ans • Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant • Haemophilus influenzae B • Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques				

- 1 - En vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation
- 2 - [BR - SS] : différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité sociale
- 3 - En vigueur au jour de la dépense
- 4 - En vigueur au jour de l'intervention
- 5 - En vigueur à la date de la naissance
- 6 - En vigueur au 1^{er} jour de la cure

ABREVIATIONS :

- **BR** : Base de remboursement de la Sécurité Sociale
- **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale
- **TM** : Ticket modérateur
- **FR-SS** : Frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale
- **DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

DEFINITIONS :

- **Ticket modérateur** : Base de remboursement (BR) de la Sécurité Sociale moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

• **Tiers payant** : disposition permettant au participant et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

• **Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)** : terme générique visant les différents dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé. Sont notamment visés l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO). Les professionnels de santé concernés adhèrent ou n'adhèrent pas à l'un de ces dispositifs.

(***) La prise en charge par l'organisme recommandé est limitée à un équipement optique. (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. Le cumul des garanties des verres et de la monture ne peut pas être inférieur aux minima imposés par l'article L911-7 du code de la Sécurité sociale.

(*****) Dans la limite des obligations maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable >

(*****) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les étiopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Étiopathes.



Mutex : Société anonyme au capital de 37 302 300 €

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 019 040. Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex. 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, numéro LEI n° 969500JLUSZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

