Optique / Dentaire 2018

Prestations en vigueur au 1er janvier 2018
Régime local

	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle — Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Remboursement mutuelle — Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
Optique				
Enfant (moins de 18 ans) [1]				
Monture	90 %	70 €		**90 % + 70 €**
Par verre dans le réseau KALIVIA [2]				
- Simple	90 %	70 €		**90 % + 70 €**
- Complexe	90 %	155 €		**90 % + 155 €**
- Très complexe	90 %	165 €		**90 % + 165 €**
Par verre hors réseau				
- Simple	90 %	50 €		**90 % + 50 €**
- Complexe	90 %	105 €		**90 % + 105 €**
- Très complexe	90 %	105 €		**90 % + 105 €**
Adulte (18 ans et plus) [1]				
Monture	90 %	120 €		**90 % + 120 €**
Par verre dans le réseau KALIVIA [2]				
- Simple	90 %	90 €		**90 % + 90 €**
- Complexe	90 %	220 €		**90 % + 220 €**
- Très complexe	90 %	310 €		**90 % + 310 €**
Par verre hors réseau				
- Simple	90 %	70 €		**90 % + 70 €**
- Complexe	90 %	170 €		**90 % + 170 €**
- Très complexe	90 %	250 €		**90 % + 250 €**
Lentilles acceptées par l'Assurance maladie obligatoire	90 %	10 % + 200 €/An		**100 % + 200 €/An**
Forfait lentilles refusées par l'Assurance maladie obligatoire	-	-	200 €/An	**200 €/An**
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil	-	-	350 €/Oeil	**350 €/Oeil**
Dentaire				
Consultations, soins et actes d'imagerie médicale	90 %	10 %	+ 100 %	**200 %**
Inlays-core	90 %	10 %	+ 300 %	**400 %**
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire [3][4]				
Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) [5]	90 %	10 %	+ 300 %	**400 %**
Autres prothèses	90 %	10 %	+ 200 %	**300 %**
Piliers de bridge fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire [6]	-	-	300 €	**300 €**
Prothèses transitoires	-	-	150 €	**150 €**
Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire	90 %	10 %	+ 200 %	**300 %**
Forfait par implant (limité à 3 implants/an) [7]	-	-	300 €	**300 €**
Parodontologie [8]	-	-	200 €/An	**200 €/An**
Limité à 100 % du PMSS par an et par bénéficiaire pour l'ensemble des actes Inlay Core, Prothèses remboursables et non remboursables.				
Orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire :				
Traitement semestriel / Travaux de contention après traitement	100 %	-	+ 200 %	**300 %**
Examens prétraitement et de surveillance orthodontique	90 %	10 %	+ 200 %	**300 %**
Orthodontie refusée par l'Assurance maladie obligatoire :				
Traitement semestriel / Travaux de contention après traitement [9]	-	-	400 €/An	**400 €/An**
Examens prétraitement et de surveillance orthodontique [9]	-	-	400 €/An	**400 €/An**

(1) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00. Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.
(2) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalivia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.
(3) Les remboursements pourront être soumis pour validation au Dentiste Consultant de la mutuelle.
(4) Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM.
(5) Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux.
(6) Prise en charge des piliers de bridge sur dent naturelle.
(7) Prise en charge liée à l'ostéo-intégration.
(8) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS.
(9) Plafond commun.
Le remboursement par la mutuelle des traitements d'orthodontie refusés par l'Assurance maladie obligatoire, est conditionné à l'accord préalable de son Dentiste Consultant.

contactez-nous sur
www.harmonie-mutuelle.fr
ou
venez nous rencontrer en agence

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° 969500.LU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris. - Crédits photos : © DigitalVision - © Comstock Images - © Photodisc - © iStockphoto. PARAGRAPHE Imageurs - 11/17

2

Harmonie Transfrontaliers

Pour une protection complète et sans frontière

Complémentaire santé - prévention

Association pour la Protection Sociale des Travailleurs Transfrontaliers

LCGB

Cfdt: LORRAINE

www.harmonie-mutuelle.fr

Régime local

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Harmonie mutuelle
GROUPE VYV

Travailleurs transfrontaliers :

vous aussi, bénéficiez d'une complémentaire santé Harmonie Mutuelle à un tarif préférentiel !

Offre réservée aux salariés transfrontaliers*

L'APSTT (Association pour la Protection Sociale des Travailleurs Transfrontaliers) vous permet d'accéder à une **couverture santé Harmonie Mutuelle, 1re mutuelle santé de France.**

En nous rejoignant, vous optez pour une mutuelle qui s'engage à vous apporter au quotidien des **avantages et des services de qualité aussi bien en France que dans le pays dans lequel vous travaillez :**

- devis optiques et dentaires,
- prévention intégrée (dépistage de l'hépatite B, détartrage annuel complet...),
- suivi des remboursements en ligne,
- tiers payant** et remboursements accélérés,
- assistance Harmonie Santé Services

Tout changement de garantie, parmi les garanties proposées par l'APSTT, a lieu au 1er janvier de l'année moyennant un préavis de 2 mois.

Votre cotisation mensuelle 2018	
De 34 ans et moins*	43,47 €
Adulte de 35 à 44 ans*	48,62 €
Adulte de 45 à 54 ans*	58,98 €
Adulte de 55 à 64 ans*	69,31 €
Adulte de 65 ans et plus*	79,66 €
Enfant**	25,05 €

* La cotisation à l'association, fixée à 0,50€ par mois par membre adhérent, s'ajoute à la cotisation santé, et sera prélevée en sus de la cotisation ci-dessus ** Gratuité au 3ème enfant

* affiliés à un régime d'assurance maladie obligatoire français dont le régime local Alsace Moselle.
** Tiers payant uniquement en France

Hospitalisation 2018

Prestations en vigueur au 1er janvier 2018 – Régime local	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle – Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Remboursement mutuelle – Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
Hospitalisation				
Frais de séjour	100 %	-	+ 100 %	**200 %**
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	-	+ 110 %	**210 %**
- Autres praticiens	100 %	-	+ 90 %	**190 %**
Ambulances, véhicules sanitaires légers…	100 %	-	-	**100 %**
Chambre particulière (1)(2)	-	-	70 € / nuit	**70 € / nuit**
Chambre particulière en ambulatoire (2)(3)	-	-	15 € / jour	**15 € / jour**
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	-	-	40 € / jour	**40 € / jour**
Maternité				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	-	+ 110 %	**210 %**
- Autres praticiens	100 %	-	+ 90 %	**190 %**
Chambre particulière (1)(2)	-	-	70 € / nuit	**70 € / nuit**
Indemnité de naissance (4)	-	-	200 €	**200 €**

(1) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuitées par année civile et par bénéficiaire.
(2) Si établissemnet conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans la limite des tarifs de l'accord.
(3) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
(4) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivant cette date.

** Conditions générales de prise en charge*
- *Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire français (sauf mention contraire).*
- *Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soin coordonnés au 01/01/2008.*
- *Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :*
  - *déduction de la participation forfaitaire*
  - *déduction des franchises médicales.*
- *La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.*
- *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.*

Frais médicaux 2018

Prestations en vigueur au 1er janvier 2018 – Régime local	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle – Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Remboursement mutuelle – Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
Soins médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 110 %	**210 %**
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 90 %	**190 %**
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes…	90 %	10 %	+ 50 %	**150 %**
Actes de sage femme	90 %	10 %	+ 50 %	**150 %**
Ambulances, véhicules sanitaires légers…	90 %	10 %	-	**100 %**
Pharmacie selon service médical rendu (SMR)				
Médicaments à SMR important	90 %	10 %	-	**100 %**
Médicaments à SMR modéré	80 %	20 %	-	**100 %**
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %	-	**100 %**
Analyses et examens				
Actes médicaux techniques et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 110 %	**210 %**
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 90 %	**190 %**
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 110 %	**210 %**
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 90 %	**190 %**
Examens de laboratoires	90 %	10 %	+ 50 %	**150 %**
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)	-	-	Oui	**Oui**
Dispositifs médicaux et appareillage				
Dispositifs médicaux et appareillage	90 %	10 %	+ 50 %	**150 %**
Forfait dispositifs médicaux et appareillage	-	-	200 € /an	**200 € /an**
Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer (1)	-	-	400 € /an	**400 € /an**
Prothèses auditives	90 %	10 %	-	**100 %**
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives	-	-	600 € /appareil	**600 € /appareil**
Achat fauteuil pour handicapés physiques	100 %	-	+ 750 € /an	**100 % + 750 €/an**
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	90 %	10 %	-	**100 %**
Forfait cures prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire	-	-	300 €	**300 €**
Médecines complémentaires				
Ostéopathie, chiropractie et micro-kinésithérapie (2) (5)	-	-	30 € / séance	**30 € /séance**
Contraception féminine				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste)	-	-	50 € /an	**50 € /an**
Prévention				
Équilibre alimentaire - Diététique (3)	-	-	60 € /an	**60 € /an**
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (4)	-	-	75 € /an	**75 € /an**
Vaccin antigrippal (5)	-	-	Frais réels	**Frais réels**
Autres vaccins (selon liste) (5)	-	-	20 €/an	**20 €/an**
Harmonie Santé Services				
Assistance santé, assistance à l'étranger et assistance obsèques (cf. notices remises à l'adhésion)	-	-	Oui	**Oui**
Garantie supplémentaire				
Participation sur frais d'obsèques (6)	-	-	50 % du PMSS	**50 % du PMSS**

(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.
(2) Selon liste préfectorale pour les ostéopathes et selon liste établie par la mutuelle pour les chiropracteurs. 6 séances maximum par année.
(3) Prise en charge de 20 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.
(4) Prise en charge des substituts nicotiniques et/ou consultation cognito-comportementale, sur prescription médicale. Après intervention du régime obligatoire.
(5) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(6) Indemnité limitée aux frais réels. PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale, réévalué chaque année (PMSS Prévisionnel 2018 : 3 311 € en attente de sa parution).