

TABLEAU DE GARANTIES

H02551

Produit dit "responsable"
Régime Général
Prestations en vigueur au 01/01/2026
Généré le 05/06/2026



Harmonie
mutuelle

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS

Votre compréhension et la lisibilité des garanties est une de nos priorités. Nous avons donc à cœur de vous expliquer tous les termes qui peuvent vous paraître complexes.

Voyons tout cela ensemble !

La base de remboursement

Le régime obligatoire calcule ses remboursements à partir de tarifs qu'il a fixés (que l'on appelle base de remboursement), indépendamment du montant de la dépense

Il rembourse seulement un pourcentage de ce tarif. Par exemple, pour une consultation de spécialiste (avec honoraires libres) à 67 €, la base de remboursement est de 23 €.

Ainsi, le régime obligatoire remboursera 70% de 23 € (soit un montant de 16,10 €) et non 70% de 67 €.

Le ticket modérateur

Le ticket modérateur, remboursé par la mutuelle, est la différence entre le montant de la base de remboursement et la prise en charge du régime obligatoire.

Ainsi, les versements cumulés des deux correspondent bien à 100% de la base de remboursement. Selon votre garantie, votre mutuelle peut ne pas rembourser le ticket modérateur sur les cures thermales, les médicaments à SMR (Service Médical Rendu) modéré ou faible.

Les forfaits supplémentaires et dépassements

Dans certains cas, le montant facturé par le professionnel de santé est supérieur au tarif fixé par le régime obligatoire, la dépense est donc supérieure à la base de remboursement (par exemple les dépassements d'honoraires).

Dans ces cas et pour certains actes, Harmonie Mutuelle peut vous rembourser tout ou une partie de ces frais supplémentaires ou dépassements d'honoraires.

À savoir

Si vous consultez un partenaire agréé (opticien, dentiste, audioprothésiste) du réseau Kalixia, vous bénéficierez de tarifs négociés avec des prestations de qualité. Vous pouvez trouver ces professionnels en les géolocalisant sur Harmonie & Moi, disponible sur smartphone, ordinateur et tablette.

Les remboursements des forfaits, dépassements d'honoraires et actes non remboursés s'entendent par bénéficiaire.

Les actes non remboursés par le régime obligatoire

Certains actes ne sont pas remboursés par le régime obligatoire mais peuvent l'être par la mutuelle si les garanties le prévoient. Cela peut être par exemple le cas des séances d'ostéopathie.

La tarification des médecins

Un médecin en Secteur 1 ne pratique pas de dépassement d'honoraires. Ses tarifs sont à la hauteur de la base de remboursement, vous êtes donc bien remboursé.

Un médecin en Secteur 2 peut pratiquer des dépassements d'honoraires. Certains médecins adhérant à l'OPTAM (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée) s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires, ce qui vous permet un meilleur remboursement.

La participation forfaitaire

Elle est de 2 € et déduite du remboursement du régime obligatoire pour toutes les consultations ou actes médicaux, examens radiologiques et analyses de biologie médicales, pour tout assuré de plus de 18 ans. Elle n'est pas remboursée par Harmonie Mutuelle. Elle est limitée à 50 € par an et par personne.

La franchise médicale

Elle est déduite du remboursement du régime obligatoire pour chaque boîte de médicaments (1 €), chaque acte paramédical (1 €) et chaque transport sanitaire (4 €), pour tout assuré de plus de 18 ans. Elle n'est pas remboursée par Harmonie Mutuelle. Elle est limitée à 50 € par an et par personne.

Le parcours de soins coordonnés

Il s'agit du circuit que vous devez suivre pour être remboursé normalement par le régime obligatoire et la mutuelle. Il regroupe notamment le fait de déclarer un médecin traitant et de le consulter avant toute autre consultation de spécialiste.

Il existe des exceptions à ce circuit en cas d'une situation d'urgence ou pour certains spécialistes (gynécologues, psychiatres, stomatologues, neuropsychiatres et ophtalmologues) qui peuvent être consultés directement sans passer par le médecin traitant.

Par exemple, dans le cadre du parcours de soins, sur une consultation de spécialiste de 40 € (Secteur 1), le régime obligatoire rembourse 70 % de la base de remboursement (soit 28 € auquel la participation forfaitaire de 2 € est déduite). La mutuelle rembourse 30% de la base de remboursement (soit 12 €). Vous avez dans ce cas 2 € de reste à charge.

Attention, si vous ne respectez pas le parcours de soins, la participation du régime obligatoire est alors seulement de 30% de la base de remboursement. La mutuelle rembourse 30% de la base de remboursement, elle ne compense pas la baisse de remboursement du régime obligatoire.

Le contrat "responsable"

Votre contrat est dit "responsable" lorsque les garanties respectent le cahier des charges fixé par la loi. Il permet de bénéficier d'un remboursement intégral des équipements optiques, des aides auditives, des soins et prothèses dentaires et des prothèses capillaires des offres 100% santé déterminées par la réglementation, ainsi que la location de courte durée d'un véhicule pour personne en situation de handicap (VPH).

Votre remboursement (par bénéficiaire) *			Total à titre indicatif
Régime obligatoire	Ticket modérateur	Dépassements Forfaits	

SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Consultations, visites : généralistes et spécialistes

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	50 %	150 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	30 %	130 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	50 %	150 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	50 %	150 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 %	45 %		100 %

SOINS COURANTS-MEDICAMENTS

Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %

(*) SMR: Service Médical Rendu.

SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Actes techniques médicaux et d'échographie

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	50 %	150 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	30 %	130 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	50 %	150 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	30 %	130 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	50 %	150 %

SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	50 %	150 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			200 €/An	200 €/An
Véhicule pour personne en situation de handicap : location courte durée (1)				100 % Santé
Prothèse capillaire 100 % Santé (1)				100 % Santé
Prothèse capillaire à tarif maîtrisé ou à tarif libre (1)	60 %	40 %	50 %	150 %
+ Forfait supplémentaire (1)			200 €/An	200 €/An

(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

AIDES AUDITIVES

Equipelement 100 % Santé (1) (2)				100 % Santé
Equipelement à tarif libre (1) (2)	60 %	40 %	50 %	150 %
+ Forfait supplémentaire (1) (2)			360 €/Appareil	360 €/Appareil
Piles	60 %	40 %		100 %

(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.

Votre remboursement (par bénéficiaire) *			Total à titre indicatif
Régime obligatoire	Ticket modérateur	Dépassements Forfaits	

CURES THERMALES

Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	50 %	150 %
+ Forfait supplémentaire			76 €	76 €

HOSPITALISATION

Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	50 %	150 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	50 %	150 %
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	30 %	130 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 % ou 100 %	45 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (3) (4)			61 €/Nuit	61 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (5)			15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant (6)			54 €/Jour	54 €/Jour

(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :

- cures médicales en établissements de personnes âgées,
- ateliers thérapeutiques,
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(4) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(6) Concernent uniquement les frais de repas et /ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.

MATERNITE

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		50 %	150 %
- Autres praticiens	100 %		30 %	130 %
Chambre particulière avec nuitée (3)			61 €/Nuit	61 €/Nuit
Indemnité de naissance (7)			150 €	150 €

(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(7) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

OPTIQUE

Equipelement 100 % Santé (1) (8) (9)				
- Monture				100 % Santé
- Verres				100 % Santé
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				100 % Santé

Votre remboursement (par bénéficiaire) *			Total à titre indicatif
Régime obligatoire	Ticket modérateur	Dépassements Forfaits	

OPTIQUE (suite)

Equipement à tarif libre (1) (8) (9) (10)

- Monture (11)	60 %	100 € - RO	100 €
- Par verre			
- Simple	60 %	70 €	60 % + 70 €
- Complexe	60 %	160 €	60 % + 160 €
- Très complexe	60 %	200 €	60 % + 200 €
- Supplément verres avec filtre	60 %	40 %	100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %	100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	60 %	40 %	100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 180 €/An	100 % + 180 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire		180 €/An	180 €/An
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire (12)		250 €/Oeil	250 €/Oeil

(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(8) 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.

(9) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(10) Les technologies de freinage de myopie sont prises en charge de la même manière que l'équipement à tarif libre.

- Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(11) RO: Remboursement du Régime Obligatoire

(12) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

DENTAIRE

Soins	60 %	40 %		100 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (13)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (13)				
- Prothèses fixes	60 %	40 %	180 %	280 %
- Inlay-core	60 %	40 %	50 %	150 %
- Prothèses transitoires	60 %	40 %	25 %	125 %
- Inlay onlay	60 %	40 %		100 %
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	115 %	215 %

Votre remboursement (par bénéficiaire) *			Total à titre indicatif
Régime obligatoire	Ticket modérateur	Dépassements Forfaits	

DENTAIRE (suite)

Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres

- Prothèses fixes	60 %	40 %	180 %	280 %
- Inlay-core	60 %	40 %	50 %	150 %
- Prothèses transitoires	60 %	40 %	25 %	125 %
- Inlay onlay	60 %	40 %		100 %
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	115 %	215 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (14)			100 %	100 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	150 %	250 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			150 %	150 %
Implantologie (15) (16) (17)			600 €/Implant	600 €/Implant
Parodontologie (15) (18)			200 €/An	200 €/An

(*) Les remboursements de la mutuelle :

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),
- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.

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

(14) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.

(15) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(16) Prise en charge limitée à 1200 € par année civile et par bénéficiaire.

(17) Prise en charge uniquement de la pose d'un implant intra-osseux.

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

MEDECINES COMPLEMENTAIRES

Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Etiopathie et Acupuncture (15) (19) (20) (21)	40 €/Séance	40 €/Séance
Consultations pédicure/podologue (15) (19) (21)	40 €/Séance	40 €/Séance

(15) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(19) Prise en charge limitée à 3 séances par année civile et par bénéficiaire.

(20) Etiopathie : étiopathes diplômés et admis au registre national des étiopathes.

(21) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESSE et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

PREVENTION

Vaccin anti-grippal (15)	10 €/An	10 €/An
Autres vaccins (15)	10 €/An	10 €/An

(15) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

HARMONIE SANTÉ SERVICES

Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Oui	Oui
Assistance obsèques (voir notice d'information)	Oui	Oui

GARANTIE SUPPLEMENTAIRE

Participation sur frais d'obsèques (22)	457 €	457 €
---	-------	-------

(22) Indemnité limitée aux frais réels.

(*) CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L160-13 II du code de la sécurité sociale)
 - déduction des franchises médicales (visées à l'article L160-13 III du code de la sécurité sociale)
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle du lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement santé (Forfait Patient Urgence).
- Les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (cotés DE par les professionnels de santé) ne sont pas pris en charge.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.