

# TABLEAU DES GARANTIES Zen Santé Intégrale Famille

Contrat imaginé par Zenioo, géré par CPMS et assuré par Harmonie Mutuelle



		Formule 1	Formule 2	Formule 2 100 % Santé	Formule 3	Formule 3 100 % Santé	Formule 4	Formule 5
HOSPITALISATION, y compris maternité <sup>(1) (2) (3)</sup>								
GARANTIES AVEC HARMONIE MUTUELLE								
Honoraires								
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO		100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %	250 %
> Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO		100 %	100 %	100 %	125 %	125 %	175 %	200 %
> Limitation 1 <sup>er</sup> mois d'adhésion		Rbt uniquement du forfait journalier et 100 % BRSS pour les honoraires et frais de séjour						
Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup> / Durée illimitée								
> Secteur conventionné		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
> Secteur non conventionné		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour								
> Secteur conventionné		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
> Secteur non conventionné		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière incluant télévision, wifi et téléphone, illimitée en chirurgie, hors ambulatoire <sup>(4) (5)</sup>		-	40 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	80 € / jour
> Transport du malade		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Hospitalisation à l'étranger		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE <sup>(15)</sup>								
En cas d'immobilisation au domicile supérieur à 5 jours	Aide à domicile	10 heures maximum par évènement réparties soit pendant l'hospitalisation ou au cours des 15 jours ouvrés qui suivent la fin de cette dernière soit pendant la période d'Immobilisation						
	Garde d'enfants de moins de 16 ans	10 heures par jour maximum pendant 2 jours maximum dans la limite de 150 € TTC par évènement						
	Accompagnement des enfants à l'école (dans un rayon de 25 km maximum)	10 allers/retours maximum à concurrence de 500 € TTC maximum pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 Km maximum du domicile						

SOINS COURANTS								
GARANTIES AVEC HARMONIE MUTUELLE								
Honoraires médicaux								
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO		100 %	125 %	125 %	130 %	130 %	150 %	175 %
> Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO		100 %	100 %	100 %	105 %	105 %	125 %	150 %
Honoraires paramédicaux								
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire, actes techniques médicaux, d'imagerie et échographie								
> Dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	125 %
> Hors OPTAM ou OPTAM-CO		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65% / 30 % / 15 %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Séances de psychologues remboursées par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif « MonParcoursPsy »		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE <sup>(15)</sup>								
En cas d'indisponibilité ou d'absence du médecin traitant		Téléconsultation médicale illimitée délivrée par des médecins généralistes ou spécialistes inscrits au conseil national de l'ordre des médecins, pour un diagnostic avec ordonnance ou un conseil ou un second avis médical						
En cas d'adoption ou procréation médicale assistée		Accompagnement psychologique, aide aux démarches en cas de procréation médicalement assistée						

# TABLEAU DES GARANTIES Zen Santé Intégrale Famille

Contrat imaginé par Zenioo, géré par CPMS et assuré par Harmonie Mutuelle



	Formule 1	Formule 2	Formule 2 100 % Santé	Formule 3	Formule 3 100 % Santé	Formule 4	Formule 5
<b>PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE</b>							
<b>GARANTIES AVEC HARMONIE MUTUELLE</b>							
<b>Médecines douces (20 professions éligibles) :</b> ostéopathe, chiropracteur, étiope, naturopathe, diététicien, podologue, pédicure, homéopathe, acupuncteur, micro-kinésithérapeute, reflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue <sup>(6) (7)</sup>							
Forfait par an (limité à 30 € par acte)	40 €	70 €	70 €	80 €	80 €	100 €	120 €
Forfait naissance <sup>(8)</sup>	50 €	70 €	70 €	85 €	85 €	100 €	120 €
<b>ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE <sup>(15)</sup></b>							
Assistance vie quotidienne	Médecin à votre disposition par téléphone pour répondre aux questions médicales sur la santé, les vaccins, la diététique...						
Assistance maternité	Informations médicales (accouchement, les risques liés à certaines activités pendant la grossesse), informations pratiques (mode de garde, aide aux démarches administratives ...)						
Assistance naissance	Dans les 6 premiers mois suivant une naissance : recherche et prise en charge d'auxiliaire de puériculture à domicile à concurrence de 8h maximum par évènement						

OPTIQUE							
GARANTIES AVEC HARMONIE MUTUELLE							
Équipements 100 % Santé <sup>(9) (10)</sup>	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements hors 100 % Santé <sup>(9) (10)</sup>							
> Une monture de classe B avec 2 verres simples	100%	55 €	100 %	80 €	100 %	130 €	180 €
> Une monture de classe B avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	100%	70 €	100 %	170 €	100 %	220 €	270 €
> Une monture de classe B avec 2 verres complexes ou très complexes	100%	175 €	100 %	200 €	100 %	250 €	300 €
Lentilles de contact							
> Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 % + 20 €	100 %	100 % + 50 €	100 %	100 % + 70 €	100 % + 100 €
> Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	-	50 €	100 %	100 €	100 %	150 €	200 €
> Chirurgie réfractive / Forfait annuel	-	100 €	-	150 €	-	200 €	250 €
Si option Éco Optique souscrite	<ul style="list-style-type: none"><li>• Équipement 100 % Santé : remboursement intégral</li><li>• Équipement hors 100 % Santé : limité à 100 % BRSS</li><li>• Exclusion des actes non remboursés par la Sécurité sociale</li></ul>						
RÉSEAU DE SOINS VIA KALIXIA							
Bénéficiez du réseau de soin Kalixia optique 6 700 centres partenaires : un très large choix de lunettes parmi les plus grandes marques du marché	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jusqu'à 40 % de réduction sur le prix des verres et 30 % pour les lentilles</li><li>• Remplacement en cas de casse de la monture de classe B</li><li>• Les verres sont systématiquement durcis, amincis en fonction de la correction et traités antireflets</li></ul>						

	Formule 1	Formule 2	Formule 2 100 % Santé	Formule 3	Formule 3 100 % Santé	Formule 4	Formule 5
DENTAIRE							
GARANTIES AVEC HARMONIE MUTUELLE							
Soins	100%	125%	100 %	150%	100 %	175%	200%
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé <sup>(12)</sup>							
> Actes entrant dans le cadre du 100 % Santé	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Soins et prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres <sup>(12) (13)</sup>							
> Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100 % Santé et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires maîtrisés ou libres	100%	125 %	100 %	175 %	100 %	225 %	250 %
Actes d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale	130%	150%	100 %	200%	100 %	250%	300%
Actes non remboursés par la Sécurité Sociale							
> Implantologie, Prothèses, Orthodontie, Parodontologie / Forfait annuel par bénéficiaire		150 €	-	150 €	-	200 €	200 €
Plafond <sup>(13)</sup> Plafonnement des soins, des prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres et les actes non remboursés par la Sécurité Sociale	-	-	-	1 200 €	1 200 €	1 500 €	1 800 €
Si option Éco Dentaire souscrite	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soins et prothèse 100 % : remboursement intégral</li><li>• Soins et prothèses hors 100% santé et orthodontie limités à 100 % BRSS et exclusion des actes non remboursés par la Sécurité sociale</li></ul>						
Réseau de soins via Kalixia							
Bénéficiez du réseau de soin Kalixia dentaire Vos avantages chez plus de 4 500 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires	Des honoraires plafonnés sur plus de 120 actes à forts dépassements (couronnes, orthodontie, implants...) Une garantie de 10 ans pour les couronnes (selon les conditions de la charte qualité)						

<b>AIDES AUDITIVES</b>							
<b>GARANTIES AVEC HARMONIE MUTUELLE</b>							
<b>Équipements 100 % Santé</b> <sup>(9) (14)</sup>							
> Aides auditives par oreille remboursées par la Sécurité sociale de classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé * (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
<b>Équipement à tarifs libres</b> <sup>(9) (14)</sup>							
> Aides auditives par oreille remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé (appareil de classe 2 à prix libre)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>RÉSEAU DE SOINS VIA KALIXIA</b>							
<b>Une garantie de 4 ans sur le matériel à compter de la date d'achat</b> <b>Un appareil de dépannage sans frais si la réparation ne peut être immédiate</b> 20 % de réduction sur les accessoires de connectivité, quel que soit le <b>panier</b>							

## CONDITIONS GÉNÉRALES 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 au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : - déduction de la participation forfaitaire (2 € au 15/05/2024), - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- 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.
- Les plafonnements annuels indiqués pour certaines garanties sont par année d'adhésion et par assuré.

(1) 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 et - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(2) En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

(3) Délai de carence d'1 mois sur le poste Hospitalisation. Sur cette période, remboursement uniquement du forfait journalier hospitalier pour les établissements de santé et du ticket modérateur pour les honoraires et les frais de séjour. En cas de reprise d'un contrat, le délai de carence ne s'applique pas si les garanties antérieures (Honoraires, Chambre particulière) sont supérieures ou égales au nouveau contrat.

(4) Prise en charge limitée à 60 nuits par année d'adhésion et par bénéficiaire en soins de suite. La chambre particulière en psychiatrie n'est pas prise en charge.

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

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

(7) 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°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

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

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

(10) 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.

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

(13) Plafonnement commun entre les Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres et les actes non remboursés par la Sécurité Sociale.

(14) 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.

(15) Se référer à la notice d'informations Fillassistance FIC24SAN0032