

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026

AXSAA00102
AXSAAL0102
AVSAA0015A/B/C/D
AVSAAL015A/B/C/D

AXSCA00103
AXSCAL0103
AXSAA00237
AXSAAL0237
AVSCA0016A/B/C/D
AVSCAL016A/B/C/D

AXSCA00104
AXSCAL0104
AXSCA00238
AXSCAL0238
AXSAA00239
AXSAAL0239
AVSCA0017A/B/C/D
AVSCAL017A/B/C/D

Remboursement de la Sécurité sociale (Régime général*)	Prestations ss déduction du remboursement de la Séc. Sociale **					
	RÉGIME SOCLE (BASE CONVENTIONNELLE)		RÉGIME 1 (RÉGIME SOCLE + OPTION 1)		RÉGIME 2 (RÉGIME SOCLE + OPTION 2)	
	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et à domicile, y compris maternité) ⁽¹⁾						
Frais de séjour						
- Conventionné	80% BR	100% BR	200% BR		300% BR	
- Non conventionné	-	100% BR	100% BR		100% BR	
Forfait journalier ⁽¹⁾						
- Hospitalier	-	100% FR	100% FR		100% FR	
- Psychiatrique	-	100% FR	100% FR		100% FR	
Honoraires - Secteur conventionné						
- Actes de chirurgie	80% BR	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR
- Actes d'anesthésie	80% BR	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR
- Actes techniques médicaux	80% BR	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR
- Autres honoraires	80% BR	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR
Chambres particulières hors psychiatrie, convalescence et établissements spécialisés - Secteur conventionné ⁽²⁾						
- Avec nuitée	-	1% PMSS	2% PMSS		3% PMSS	
- Ambulatoire ⁽³⁾	-	Néant	2% PMSS		3% PMSS	
Frais d'accompagnement (enfant - de 12 ans) ⁽⁴⁾	-	0,5% PMSS	1,5% PMSS		2% PMSS	
Participation forfaitaire sur les actes lourds	-	100% FR	100% FR		100% FR	
Ambulances, véhicules sanitaires légers... (transport ou transfert entre établissement remboursé SS)	55% BR	100% BR	100% BR		100% BR	
SOINS COURANTS						
Soins médicaux et paramédicaux						
Généralistes	70% BR	120% BR	100% BR	120% BR	100% BR	120% BR
Spécialistes hors Psychiatre, Neuropsychiatre et Neurologue	70% BR	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR
Psychiatre, Neuropsychiatre et Neurologue	70% BR	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR
Cardiologue	70% BR	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR
Professeur - Praticien Hospitalier	70% BR	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR
Actes de chirurgie, actes médicaux techniques	70% BR	120% BR	100% BR	145% BR	125% BR	170% BR
Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



	Remboursement de la Sécurité sociale (Régime général*)	Prestations ss déduction du remboursement de la Séc. Sociale **					
		RÉGIME SOCLE (BASE CONVENTIONNELLE)		RÉGIME 1 (RÉGIME SOCLE + OPTION 1)		RÉGIME 2 (RÉGIME SOCLE + OPTION 2)	
		DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM
SOINS COURANTS suite							
Analyses et examens de laboratoire							
- Remboursés par la Ss (Actes de Biologie)	60% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
- Remboursés par la Ss (autres actes)	70%/100% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
Auxiliaires médicaux	60% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
Sages-femmes	70% BR	120% BR		120% BR		120% BR	
Médicaments							
- SMR faible	15% BR	15% BR		100% BR		100% BR	
- SMR modéré	30% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
- SMR important	65% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
Traitement anti tabac prescrit et pris en charge	65% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
Traitement anti tabac prescrit et non pris en charge	-	1,5% PMSS / an		2%PMSS / an		4%PMSS / an	
Vaccins prescrits remboursés Ss	65% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
Vaccins prescrits et non remboursés (plafond commun)	-	2% PMSS / an		2% PMSS / an		2% PMSS / an	
Médicaments prescrits pour la prévention du paludisme, la fièvre jaune et autres maladies infectieuses liées aux voyages et non pris en charge (plafond commun)	-	2% PMSS / an		2% PMSS / an		2% PMSS / an	
Matériel médical, produits et dispositifs (hors auditif)							
Véhicule pour personne en situation de handicap : location courte durée	-	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV		AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV		AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV	
Prothèse capillaire 100% santé	-	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV		AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV		AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV	
Prothèse capillaire à tarif maîtrisé et à tarif libre	60% BR	100% BR		200% BR		300% BR	
Prothèse mammaire prise en charge Ss	60% BR	100% BR		200% BR		300% BR	
Semelle orthopédique	60% BR	100% BR		200% BR		300% BR	
Petits appareillages et produits	60% BR	100% BR		200% BR		300% BR	
Autres appareillages et produits	100% BR	100% BR		200% BR		300% BR	
Participation forfaitaire sur les actes lourds	-	100% FR		100% FR		100% FR	
Cures thermales acceptées et forfait hébergement							
Cure + Forfait frais d'hébergement	65% BR	100% BR		100% BR + 5% PMSS		100% BR + 7% PMSS	
Cures thermales avec hospitalisation	80% BR	100% BR		100% BR + 5% PMSS		100% BR + 7% PMSS	

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



	Remboursement de la Sécurité sociale (Régime général*)	Prestations ss déduction du remboursement de la Séc. Sociale **					
		RÉGIME SOCLE (BASE CONVENTIONNELLE)		RÉGIME 1 (RÉGIME SOCLE + OPTION 1)		RÉGIME 2 (RÉGIME SOCLE + OPTION 2)	
		DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM
AIDES AUDITIVES ⁽⁵⁾							
Équipement 100% Santé (Équipement de Classe I)							
- Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité	60% BR	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
- Assuré > 20 ans	60% BR	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
Équipement libre (Équipement de Classe II)							
- Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité	60% BR	100% BR		150% BR		190% BR	
- Assuré > 20 ans	60% BR	100% BR		150% BR		190% BR	
Entretien / réparation / Piles et autres consommables	60% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
OPTIQUE							
Équipement optique 100% Santé (Classe A) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾							
Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 Verres)	60% BR	100% FR dans la limite de PLV		100% FR dans la limite de PLV		100% FR dans la limite de PLV	
Bénéficiaire de moins de 16 ans (Monture + 2 Verres)	60% BR						
Prestation d'appairage (verres classe A + réfraction différente)	60% BR						
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	60% BR						
Équipement Libre (Classe B) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾							
Monture							
- Adulte	60% BR	80 €		100 €		100 €	
- Enfant	60% BR	60 €		85 €		100 €	
Verres adultes							
- Verre simple ⁽⁹⁾	60% BR	40 €		120 €		130 €	
- Verre complexe ⁽¹⁰⁾	60% BR	90 €		220 €		230 €	
- Verre très complexe ⁽¹¹⁾	60% BR	150 €		250 €		260 €	
Verres enfants							
- Verre simple	60% BR	40 €		80 €		90 €	
- Verre complexe	60% BR	90 €		180 €		190 €	
- Verre très complexe	60% BR	90 €		180 €		190 €	
Prestations supplémentaires (équipement classe A ou B)							
Prestation d'adaptation (verres classe A)	60% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
Prestation d'adaptation (verres classe B)	60% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	60% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B	60% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
Lentilles							
- Remboursées par la Ss	60% BR	100% BR + 3% PMSS / an		100% BR + 3% PMSS / an		100% BR + 5% PMSS / an	
- Refusées par la Ss	-	Néant		3% PMSS / an		5% PMSS / an	
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charae par le RO ⁽¹²⁾	-	10% PMSS / œil		22% PMSS / œil		35% PMSS / œil	

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



Remboursement de la Sécurité sociale (Régime général*)	Prestations ss déduction du remboursement de la Séc. Sociale **					
	RÉGIME SOCLE (BASE CONVENTIONNELLE)		RÉGIME 1 (RÉGIME SOCLE + OPTION 1)		RÉGIME 2 (RÉGIME SOCLE + OPTION 2)	
	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM
DENTAIRE ⁽¹³⁾						
Soins et prothèses 100% Santé ⁽¹⁴⁾						
Inlay core	60% BR	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF		100% FR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	60% BR	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF		100% FR dans la limite des HLF	
Prothèses panier maîtrisé ⁽¹⁴⁾						
Inlay / Onlay	60% BR	125% BR dans la limite des HLF	150% BR dans la limite des HLF		175% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	60% BR	150% BR dans la limite des HLF	175% BR dans la limite des HLF		200% BR dans la limite des HLF	
Prothèse Incisive / Canine / 1 ^{re} Prémolaire (max 3 / an) ⁽¹⁶⁾	60% BR	275% BR dans la limite des HLF	350% BR dans la limite des HLF		450% BR dans la limite des HLF	
Prothèse 2 ^e prémolaire et molaire (max 3 / an) ⁽¹⁶⁾	60% BR	200% BR dans la limite des HLF	250% BR dans la limite des HLF		350% BR dans la limite des HLF	
Prothèses panier libre						
Inlay / Onlay	60% BR	125% BR	150% BR		175% BR	
Inlay core	60% BR	150% BR	175% BR		200% BR	
Prothèse Incisive / Canine / 1 ^{re} Prémolaire (max 3 / an) ⁽¹⁶⁾	60% BR	275% BR	350% BR		450% BR	
Prothèse 2 ^e prémolaire et molaire (max 3 / an) ⁽¹⁶⁾	60% BR	200% BR	250% BR		350% BR	
Soins dentaires						
Soins dentaires	60% BR	100% BR	100% BR		100% BR	
Autres actes dentaires						
Parodontologie remboursée Ss	60% BR	150% BR	150% BR		150% BR	
Parodontologie non remboursée Ss	-	Néant	Néant		Néant	
Orthodontie acceptée Ss	60% BR	200% BR	250% BR		300% BR	
Orthodontie non prise en charge Ss	-	Néant	Néant		Néant	
Désobturation endodontique (maxi 2 actes tous les 3 ans/ benef) ⁽¹⁵⁾	-	2,0% PMSS / Désobturation	2,5% PMSS / Désobturation		2,5% PMSS / Désobturation	
Implantologie						
Implant + pilier dentaire	-	8% PMSS / par an	10% PMSS / par an		12% PMSS / par an	

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



	Remboursement de la Sécurité sociale (Régime général*)	Prestations ss déduction du remboursement de la Séc. Sociale **					
		RÉGIME SOCLE (BASE CONVENTIONNELLE)		RÉGIME 1 (RÉGIME SOCLE + OPTION 1)		RÉGIME 2 (RÉGIME SOCLE + OPTION 2)	
		DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM	DPTM	HORS DPTM
ACTES DIVERS							
Ostéodensitométrie prescrite et prise en charge Ss	70% BR	100% BR +13 € / an		100% BR + 25 € / an		100% BR + 38 € / an	
Ostéodensitométrie prescrite et non prise en charge Ss	-	Néant		25 € / an		50 € / an	
Diététicien	-	25 € / séance (max 2 / an)		25 € / séance (max 2 / an)		25 € / séance (max 2 / an)	
Médecines douces reconnues par les annuaires profes- sionnels de praticiens et non remboursées par la Sécurité sociale (Ostéopathe / Etio- pathe / Chiropracteur / Psy- chologue / Psychomotricien Acupuncteur, Podologue)	-	25 € / séance (max 3 / an)		35 € / séance (max 3 / an)		35 € / séance (max 5 / an)	
Forfait petit appareillage prescrit et inscrit sur la LPP, avec reste à charge (hors appareillages auditifs et équipements optiques)	-	25 €/an		35 € /an		50 € / an	
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	70% BR	100% BR		100% BR		100% BR	
Assistance	-	Oui		Oui		Oui	

* La grille sera adaptée pour ce qui est du régime local sans modifications des niveaux de remboursements présents dans le tableau (les honoraires des médecins et dentistes sont remboursés à 90%, de même que les honoraires des auxiliaires médicaux, les actes techniques, les analyses et prélèvements de laboratoire, les frais de séjour hospitaliers et les transports prescrits sont remboursés à 100%, enfin le forfait journalier hospitalier en hôpital ou clinique est remboursé à hauteur de 20 euros et en établissement psychiatrique à hauteur de 15 euros

** Les montants forfaitaires sont remboursés dans la limite des frais réellement acquittés par l'assuré

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 au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - 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.
- Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).
- Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire.

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

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

(4) 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.

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

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

(7) 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.

(8) 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).

(9) 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.

(10) Verres complexes :

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

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



- 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.
- (11) 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.
- (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.
- (13) 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.
- (14) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- (15) La durée des 3 ans est considérée à partir de la date des premiers actes ou soins réalisés et ayant donné lieu à remboursement.
- (16) Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire, pour les paniers libre et maîtrisé ; au-delà, prise en charge à 125% BR (couronnes, bridges, et inter de bridge / couronnes sur implant / prothèses dentaires amovibles ou fixes / réparation sur prothèse).

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

FR : Frais réels engagés par l'assuré

LPP : Liste des produits et prestations remboursés par la Sécurité sociale

PLV : Prix limite de Vente

HLF : Honoraire Limite de Facturation

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-ACO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée d'Anesthésie, de Chirurgie et d'Obstétrique

Ss : Sécurité sociale

SMR : Service Médical Rendu

TM : Ticket Modérateur

► MGEN :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 775 685 399. LEI 9695002XFD-DIA8FN1325.
Siège social : 3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15.

► Harmonie Mutuelle, assureur, gestionnaire et distributeur :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, LEI n° 969500JLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet 75015 Paris.

