



VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Remboursement total dans la limite des frais réels, y compris remboursement de l'AMO dès lors qu'elle intervient

PRESTATIONS	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRECISIONS	
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique)					
Honoraires, actes et soins					
Médecins signataires DPTM	120% BR	125% BR	150% BR	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, actes techniques médicaux et autres actes pratiqués en hospitalisation.	
Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR		
Séjours					
Frais de séjour	100% BR	125% BR	150% BR	Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des établissements médico-sociaux (EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, maisons de retraite, MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées). Prise en charge illimitée dans les établissements de santé.	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels		
Chambre particulière	Néant	0,75% PMSS par jour	1,25% PMSS par jour		En secteur conventionné. Prise en charge de la chambre particulière avec ou sans nuitée (=ambulatoire).
Lit d'accompagnant	Néant	0,75% PMSS par jour	1,25% PMSS par jour		En secteur conventionné. Forfait par nuitée pour l'accompagnant d'un assuré de moins de 14 ans ou de 70 ans et plus.
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.	
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Généralistes					
Médecins signataires DPTM	120% BR	120% BR	120% BR		
Médecins non signataires DPTM	100% BR	100% BR	100% BR		
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Spécialistes					
Médecins signataires DPTM	150% BR	170% BR	200% BR		
Médecins non signataires DPTM	130% BR	150% BR	180% BR		
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE)					
Médecins signataires DPTM	120% BR	125% BR	150% BR		
Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR		
Actes techniques médicaux (ATM) et de chirurgie (ADC)					
Médecins signataires DPTM	120% BR	125% BR	150% BR		
Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR		
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	100% BR	100% BR	125% BR		
Analyses et examens de laboratoire					
Remboursés par l'AMO	100% BR	100% BR	125% BR		
Médicaments					
Médicaments à Service Médical Rendu important	100% BR	100% BR	100% BR		
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100% BR	100% BR	100% BR		
Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR	100% BR	100% BR		

PRESTATIONS	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRECISIONS
SOINS COURANTS				
Matériel médical				
Orthopédie, accessoires, appareillage et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires et optiques)	100% BR	125% BR	150% BR	
Prothèse capillaire :				
• Classe 1	350 €	350 €	350 €	
• Classe 2	250 €	350 €	450 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
• Hors Classe	0 €	100 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Vaccins prescrits et non remboursés par l'AMO	Néant	Néant	20 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Transport prescrit et remboursé par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (Service médical d'urgence régionale)
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement) - Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Panier 100% santé	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Actes soumis à des honoraires limites de facturation (HLF).
Panier à honoraires maîtrisés et Panier à honoraires libres - Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
Soins, actes et consultations	100% BR	100% BR	100% BR	
Inlays-onlays	125% BR	150% BR	175% BR	
Inlays-core	125% BR	125% BR	150% BR	
Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles, prothèses sur implants et bridges) sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires	150% BR	225% BR	300% BR	Panier à honoraires maîtrisés soumis à des honoraires limites de facturation.
Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles, prothèses sur implants et bridges) sur dents non visibles : molaires	125% BR	175% BR	250% BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
Parodontologie	200 €	300 €	400 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Implantologie	200 €	300 €	400 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Orthodontie remboursée par l'AMO	150% BR	200% BR	250% BR	Par semestre de traitement et par bénéficiaire.
OPTIQUE				
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après :				
<ul style="list-style-type: none"> • Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). • Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. • Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. 				
Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.				
Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la période est ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale.				
Prise en charge de la monture dans la limite de 100 €.				
Equipements 100% santé (Tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture) - Classe A - Soumis à des prix limites de vente (PLV)				Le professionnel de santé a l'obligation de proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Monture	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Verres (tous types de correction)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Prestations d'appareillage	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Autres suppléments (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiphotoposté et prestations d'adaptation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	

PRESTATIONS	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRECISIONS
OPTIQUE				
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) - Classe B - Tarifs libres				
Monture	90 €	100 €	100 €	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris le remboursement de l'AMO et le ticket modérateur.
Verre simple	Voir Grille Optique Base 1	Voir Grille Optique Base 2	Voir Grille Optique Base 3	
Verre complexe				
Verre très complexe				
Prestation d'adaptation verres de classe B	100% BR	100% BR	100% BR	
Autres suppléments pour verres de classe B (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestations d'adaptation)	100% BR	100% BR	100% BR	
Lentilles				
Lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	100 €	150 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Après épuisement du forfait, les lentilles remboursées sont prises en charge à hauteur de 100% BR (remboursement total : AMO + AMC) Sur prescription médicale. Y compris les lentilles jetables.
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	Néant	250 €	500 €	Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire.
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable.				
Equipements 100% santé (Tels que définis réglementairement) Classe I - Soumis à des prix limites de vente (PLV)				
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
Aides auditives	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Equipements hors 100% santé Classe II - Tarifs libres				
Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	121% BR	121% BR	121% BR	Remboursement plafonné à 1700 € TTC par aide auditive y compris le remboursement de l'AMO
Aides auditives pour les plus de 20 ans	250% BR	425% BR	425% BR	Remboursement plafonné à 1700 € TTC par aide auditive y compris le remboursement de l'AMO
Accessoires, entretien, piles, réparations	100% BR	100% BR	100% BR	
Prévention, bien être et services				
Actes de prévention	100% BR	100% BR	100% BR	Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par la réglementation relative au contrat responsable.
Médecines douces : Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS – neurostimulation électrique transcutanée, Hypnose médicale, Etiopathie, Réflexologie, Sophrologie	40 € par séance (x 4 par année civile)	40 € par séance (x 4 par année civile)	40 € par séance (x 5 par année civile)	Forfait par séance et par bénéficiaire dans la limite d'un nombre de séances déterminé par le niveau de garantie souscrit. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée établie par le professionnel sous réserve qu'elle comporte le n°FINISS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS et/ou le n° du Registre National des Etiopathes du professionnel concerné sauf pour la sophrologie et la réflexologie pour lesquelles cette référence n'est pas exigée. Seules les séances individuelles de professionnels diplômés, autorisés ou certifiés dans la discipline facturée peuvent faire l'objet d'une prise en charge.
Cures thermales remboursées par l'AMO : soins, transport, hébergement	Néant	100% BR	100% BR	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, transport et hébergement.
Assistance	OUI	OUI	OUI	Se référer à la Notice d'Information Assistance

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01/01/2021.

Les niveaux d'indemnisation définis s'entendent y compris les prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général.

Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'ALD par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

Grilles Optiques

Forfait par verre, y compris le remboursement de l'AMO et le ticket modérateur

	BASE 1		BASE 2		BASE 3	
VERRES SIMPLES						
Verres unifocaux	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
Verre unifocal sphérique, sphère de -6 à +6	60 €	80 €	70 €	90 €	80 €	100 €
Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre ≤ +4 et sphère de -6 à 0	85 €	90 €	95 €	100 €	105 €	110 €
Verre unifocal sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) ≤ 6	90 €	110 €	100 €	120 €	110 €	130 €
VERRES COMPLEXES						
Verres unifocaux	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
Verre unifocal sphérique, sphère < -6 ou > +6	85 €	100 €	95 €	110 €	105 €	120 €
Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre > +4 et sphère de -6 à 0	90 €	110 €	100 €	120 €	110 €	130 €
Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre ≥ +0,25 et sphère < -6	100 €	120 €	110 €	130 €	120 €	140 €
Verre unifocal sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) > 6	100 €	120 €	110 €	130 €	120 €	140 €
Verres multifocaux						
Verre multifocal ou progressif sphérique, sphère de -4 à +4	120 €	150 €	130 €	160 €	140 €	170 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre ≤ +4 et sphère de -8 à 0	130 €	160 €	140 €	170 €	150 €	180 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) ≤ 8	130 €	160 €	140 €	170 €	150 €	180 €
VERRES TRÈS COMPLEXES						
Verres multifocaux	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
Verre multifocal ou progressif sphérique, sphère de < -4 à ou > +4	120 €	160 €	130 €	170 €	140 €	180 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre > +4 et sphère de -8 à 0	120 €	160 €	130 €	170 €	140 €	180 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre ≥ +0,25 et sphère < -8	130 €	170 €	140 €	180 €	150 €	190 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) > 8	130 €	170 €	140 €	180 €	150 €	190 €

LEXIQUE :

AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire).

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

OPTAM : (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée).

OPTAM-CO : (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie - Obstétrique).

FR : Frais réels.

SMR : Service Médical Rendu : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

TAUX DE COTISATIONS DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ CCN DES ATELIERS ET CHANTIERS D'INSERTION

(En % du PMSS - Plafond mensuel de la Sécurité sociale)



Taux de cotisations mensuelles

ACTIFS (Taux de cotisations exprimés en % du PMSS en vigueur)			REGIME GENERAL de Sécurité sociale			REGIME LOCAL d'Alsace Moselle		
			SALARIE	FACULTATIF		SALARIE	FACULTATIF	
				CONJOINT	ENFANT ⁽¹⁾		CONJOINT	ENFANT ⁽¹⁾
FORMULE BASE 1	Obligatoire salarié	Base 1 (= contrat obligatoire)	0,96%	-	-	0,58%	-	-
	Extension ayants-droit	Base 1		1,08%	0,66%		0,65%	0,36%
	Facultatif salarié	+ Base 2	+0,23%	+0,25%	+0,12%	+0,23%	+0,25%	+0,12%
+ Base 3		+0,53%	+0,62%	+0,28%	+0,53%	+0,62%	+0,28%	
FORMULE BASE 2	Obligatoire salarié	Base 2 (= contrat obligatoire)	1,17%	-	-	0,74%	-	-
	Extension ayants-droit	Base 2		1,31%	0,77%		0,88%	0,46%
	Facultatif salarié	+ Base 3	+0,30%	+0,37%	+0,16%	+0,30%	+0,37%	+0,16%
FORMULE BASE 3	Obligatoire salarié	Base 3 (= contrat obligatoire)	1,41%	-	-	0,98%	-	-
	Extension ayants-droit	Base 3		1,61%	0,89%		1,18%	0,58%

(1) Gratuité à partir du 3^{ème} enfant

CHORUM CONSEIL : Distributeur et gestionnaire

Courtier en assurance. SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1.539.000€. RCS Nanterre 833 426 851 - répertoire ORIAS 170 073 20 - www.orias.fr. Siège social : 4-8 rue Gambetta - 92240 MALAKOFF. Tel : 01 84 76 15 00. E-mail : chorum.conseil@chorum.fr. Site internet : www.chorum.fr. Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances - sous le contrôle de l'ACPR - 4 Place de Budapest, 75436 Paris - (www.acpr.banque-france.fr) exerce son activité en application des dispositions de l'article L521-2 II 1°b : après avoir recueilli les exigences de son client, CHORUM CONSEIL propose un ou plusieurs contrats d'assurances sélectionnés parmi les offres et produits provenant d'un ou plusieurs organismes partenaires. La liste des assureurs partenaires est fournie sur la fiche d'information conseil. Capital social détenu à hauteur de 97% par VYV INVEST. dont le siège social est sis 33, avenue du Maine - Tour Montparnasse - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro SIREN 839 314 242. Réclamation : CHORUM CONSEIL - Service Réclamation 4-8 rue Gambetta 92240 Malakoff. Médiation: La Chambre Nationale des Praticiens de la Médiation (CNPM), SAS dédiée à la médiation de la consommation, est compétente pour intervenir sur tout litige n'ayant pas pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Elle peut être saisie via la plateforme de médiation du site <http://cnpm-mediation-consommation.eu> ou par courrier postal en écrivant à : CNPM-MEDIATION-CONSOMMATION, 27, avenue de la Libération, 42400 Saint-Chamond. CHORUM CONSEIL perçoit au titre de son activité de distribution une commission incluse dans la prime d'assurance.

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° 969500JLUSZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet 75015 Paris.