

## La Garantie Santé AD2S, c'est quoi ?

La Garantie Santé est une mutuelle négociée à tarif préférentiel, accessible aux personnes en difficultés, non éligibles à la Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU et ACS), ayant de faibles ressources et accompagnées par des structures adhérentes à AD2S.

## Par qui ?

AD2S (Accès aux Droits Santé Solidarité) est une association qui œuvre auprès des structures de l'accompagnement social en vue de favoriser l'accès aux droits des personnes. La Garantie Santé AD2S a été créée grâce à l'appui de la Mutualité Française du Grand Est (MFGE), de l'Agence Régionale de Santé Grand Est (ARS), de la Région Grand Est et d'associations militantes telles que ATD Quart Monde et France Assos Santé, pour répondre au mieux aux besoins des publics en situation de vulnérabilité.

## Pourquoi ?

La Garantie Santé est née d'un triple constat :

- La complexité des démarches et la non connaissance des dispositifs freinent le recours aux droits et aux soins des personnes les plus fragilisées.
- L'accès à une mutuelle ordinaire peut s'avérer compliqué et onéreux pour les personnes étant juste au-dessus des seuils de la Complémentaire Santé Solidaire (Anciennement CMU-ACS), c'est l'une des principales causes du renoncement aux soins.
- Agir sur les problématiques de santé, c'est aussi la possibilité d'accompagner plus globalement les personnes en difficultés économiques et sociales.

Ce dispositif est mobilisé dans le cadre d'un accompagnement assuré par les partenaires du réseau, et permet aux bénéficiaires d'être acteurs responsables de leur santé.

## Comment ?

Après l'étude de vos droits sociaux, et selon vos ressources, l'accompagnant social pourra vous proposer la Garantie Santé et vous aider à la souscription en remplissant le bulletin et les documents relatifs à l'adhésion. Ces documents sont à déposer ou à envoyer à la mutuelle.

## Où ?

Sur l'ensemble de la Région Grand Est. Harmonie Mutuelle pour la Lorraine, l'Alsace, la Champagne-Ardenne.

COTISATION MENSUELLE 2023 PAR ADHÉRENT	RÉGIME GÉNÉRAL		RÉGIME LOCAL	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 1	NIVEAU 2
ENFANT (Gratuité à compter du 3 <sup>ème</sup> enfant)	17,00 €	32,50 €	14,90 €	24,20 €
19 ANS ET -	17,00 €	32,50 €	14,90 €	24,20 €
20 A 24 ANS	19,90 €	35,80 €	16,60 €	26,60 €
25 A 29 ANS	27,20 €	39,30 €	18,80 €	29,20 €
30 A 34 ANS	34,50 €	43,10 €	21,80 €	32,10 €
35 A 39 ANS	39,50 €	47,00 €	23,40 €	35,30 €
40 A 44 ANS	43,50 €	52,30 €	26,20 €	38,90 €
45 A 49 ANS	47,80 €	57,50 €	27,70 €	42,80 €
50 A 54 ANS	51,90 €	63,30 €	30,30 €	47,10 €
55 A 59 ANS	57,50 €	69,50 €	33,20 €	51,70 €
60 A 64 ANS	61,20 €	76,50 €	36,60 €	56,90 €
65 A 69 ANS	67,30 €	84,10 €	40,20 €	62,20 €
70 A 74 ANS	74,10 €	88,00 €	43,80 €	68,90 €
75 A 79 ANS	81,50 €	93,70 €	47,20 €	75,80 €
80 ANS ET +	89,60 €	99,70 €	49,60 €	83,30 €

Les tranches d'âges indiquées correspondent à l'âge atteint dans l'année

**RETROUVEZ LES DOCUMENTS DE LA GARANTIE SANTÉ en version dématérialisée sur : [www.ad2s.org](http://www.ad2s.org) onglet «Garantie Santé»**

Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2023  
Régime général

	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	TOTAUX y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)	
		NIVEAU 1	NIVEAU 2
<b>Soins courants</b>			
<b>Soins médicaux et paramédicaux</b>			
Consultations, visites : généralistes et spécialistes	70 %	100 %	200 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	100 %	150 %
- Autres praticiens		20 €/Séance	50 €/Séance
Consultations psychologues <sup>(1)(2)</sup>	70 %	100 %	100 %
Actes de sages-femmes	60 %	100 %	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	65 %	100 %	100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...			
<small>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (2) Prise en charge limitée à 3 séances par année civile et par bénéficiaire.</small>			
<b>Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)</b>			
Médicaments à SMR important	65 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursable par le régime obligatoire <sup>(1)(3)(4)</sup>		15 €/An	50 €/An
<small>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (3) Sur présentation de la prescription médicale. (4) Plafond annuel commun</small>			
<b>Analyses et examens</b>			
Actes techniques médicaux et d'échographie	70 %	100 %	100 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	100 %	100 %
- Autres praticiens			
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	100 %	100 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	100 %	100 %
- Autres praticiens	60 %	100 %	100 %
Examens de laboratoires		Oui	Oui
Actes non remboursés par le régime obligatoire <sup>(5)</sup>			
<small>(5) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</small>			
<b>Appareillages et accessoires médicaux</b>			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	100 %	300 %
<b>Aides auditives</b>			
<b>Équipement 100 % Santé</b> <sup>(6)(7)</sup>		100 % Santé	100 % Santé
<b>Équipement à tarif libre</b> <sup>(6)(7)</sup>	60 %	100 %	100 %
+ Forfait supplémentaire <sup>(6)(7)</sup>		-	600 €/Appareil
Piles	60 %	100 %	100 %
<small>(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (7) 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.</small>			
<b>Cures thermales</b>			
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	100 %	100 %
+ Forfait supplémentaire		-	150 €
<b>Hospitalisation</b>			
Frais de séjour	80 % ou 100 %	100 %	100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80 % ou 100 %	100 %	200 %
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	100 %	150 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée <sup>(8)(9)</sup>		-	50 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire <sup>(10)</sup>		-	15 €/Jour
<small>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. (8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (9) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire. (10) 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.</small>			
<b>Maternité</b>			
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	200 %
- Autres praticiens	100 %	100 %	150 %
Chambre particulière avec nuitée <sup>(8)</sup>		-	50 €/Nuit
<small>(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</small>			

## Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2023

Régime général

	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	TOTAUX y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)	
		NIVEAU 1	NIVEAU 2
<b>Optique</b>			
<b>Équipement 100 % Santé</b> <sup>(6)(11)(12)</sup>			
- Monture		100 % Santé	100 % Santé
- Verres		100 % Santé	100 % Santé
- Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre		100 % Santé	100 % Santé
<b>Équipement à tarif libre</b> <sup>(6)(11)(12)(13)</sup>			
- Monture	60 %	60 % + 20 €	60 % + 50 €
- Par verre			
- Simple	60 %	60 % + 15 €	60 % + 55 €
- Complexe	60 %	60 % + 90 €	60 % + 120 €
- Très complexe	60 %	60 % + 90 €	60 % + 190 €
- Supplément verres avec filtre	60 %	100 %	100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	100 %	100 %
Autres suppléments (prisme, système antipétail, verres iséiconiques)	60 %	100 %	100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	100 %	100 % + 150 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire		-	150 €/An

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (11) 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) 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). (13) - **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 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.

		NIVEAU 1	NIVEAU 2
<b>Dentaire</b>			
Soins	70 %	100 %	100 %
<b>Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé</b> <sup>(14)</sup>		100 % Santé	100 % Santé
<b>Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés</b> <sup>(14)</sup>			
- Prothèses fixes	70 %	100 %	300 %
- Inlay-Core	70 %	100 %	300 %
- Prothèses transitoires	70 %	100 %	300 %
- Inlay onlay	70 %	100 %	300 %
- Prothèses amovibles	70 %	100 %	300 %
<b>Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres</b>			
- Prothèses fixes	70 %	100 %	300 %
- Inlay-core	70 %	100 %	300 %
- Prothèses transitoires	70 %	100 %	300 %
- Inlay onlay	70 %	100 %	300 %
- Prothèses amovibles	70 %	100 %	300 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire <sup>(15)</sup>		-	150 €
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	100 %	250 %

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

		NIVEAU 1	NIVEAU 2
<b>Médecines complémentaires</b>			
Ostéopathie, Chiropraxie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS - neurostimulation électrique transcutanée <sup>(1)(16)(17)(18)</sup>		-	40 €/Séance
Consultations pédicure/podologue <sup>(1)(16)(17)(18)</sup>		-	40 €/Séance

(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (16) Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. (17) 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°FINISS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné. (18) Plafond commun.

		NIVEAU 1	NIVEAU 2
<b>Contraception féminine</b>			
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) <sup>(1)(4)</sup>		15 €/An	50 €/An

(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (4) Plafond annuel commun

		NIVEAU 1	NIVEAU 2
<b>Harmonie Santé Services</b>			
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)		Oui	Oui

### 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 (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.
- 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.