



Guide
de l'adhérent
2021



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ GROUPE
RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ

À destination des anciens salariés du Groupe

Régime général

Votre entreprise vous permet de bénéficier d'une complémentaire santé collective Harmonie Mutuelle.

En nous rejoignant, vous optez pour une mutuelle qui s'engage pour vous apporter au quotidien des avantages et services de qualité à un tarif de groupe avantageux.



ÊTRE ADHÉRENT HARMONIE MUTUELLE, C'EST S'APPUYER SUR LA FORCE D'UN LEADER NATIONAL...

1^{ER} PARTENAIRE SANTÉ DES ENTREPRISES

- Plus de 4 400 collaborateurs,
- 2 628 889 personnes protégées en contrats collectifs,
- 42 CCN dont 13 en référencement,
- 358 367 personnes protégées par la CSS (Complémentaire Santé Solidaire),
- Plus de 230 agences réparties sur le territoire français.

Plus de
66 000
entreprises adhérentes

Plus de
5 millions
de personnes protégées

2,8 milliards d'€
de cotisations santé brutes de réassurance,



...ET LA PROXIMITÉ D'UN PARTENAIRE DANS VOTRE RÉGION

Nos conseillers sont à votre écoute pour apporter une réponse rapide et de qualité à toutes vos questions.



Retrouvez toutes
les agences sur
harmonie-mutuelle.fr

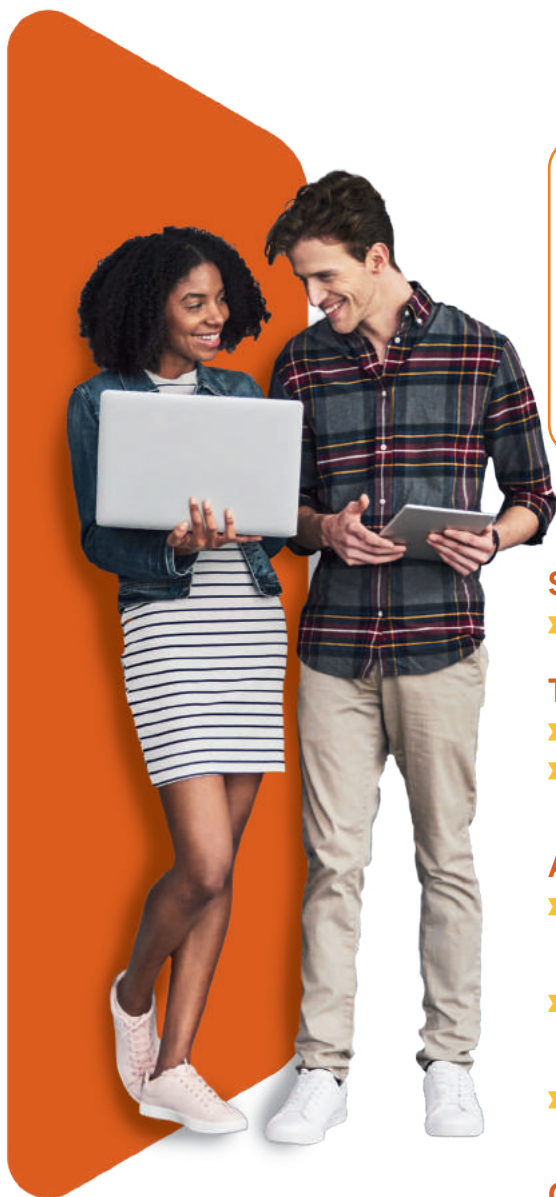


Contact :
0 980 980 880
(appel non surtaxé)



Site internet :
harmonie-mutuelle.fr

Votre ESPACE PERSO



Inscrivez-vous dès réception de votre carte de tiers payant

- Créez votre compte en quelques clics sur harmonie-mutuelle.fr, c'est simple, rapide et totalement sécurisé.
- Pour cela, munissez-vous de votre numéro d'adhérent indiqué sur votre carte de tiers payant.

SUIVRE MES REMBOURSEMENTS

- Consultez vos derniers remboursements et relevés de santé.

TÉLÉCHARGER MA CARTE DE TIERS PAYANT

- Téléchargez et imprimez un duplicata de votre carte.
- Pratique : sur votre smartphone, vous disposez de votre carte en version digitale.

ACCÉDER À MES AVANTAGES

- Consultez la liste des professionnels de santé partenaires en audio, optique, dentaire et ostéopathie et profitez de tarifs privilégiés pour vos équipements.
- Trouvez vos interlocuteurs pour bénéficier des services auxquels vous avez droit (assistance, action sociale, aide à l'acquisition d'une complémentaire santé...).
- Profitez d'offres privilégiées auprès de nos partenaires bien-être et loisirs.

CONTACTER FACILEMENT MA MUTUELLE

- Localisez l'une de nos agences proche de vous.
- Contactez directement un conseiller par téléphone ou par e-mail.

Harmonie & Moi

L'application mobile qui facilite vos échanges avec la mutuelle.

- Contactez votre conseiller.
- Attente réduite avec la notification d'alerte "conseiller disponible".
- Envoyez vos justificatifs par simple photo pour vos demandes de remboursement.
- Présentez la version digitale de votre carte de tiers payant aux professionnels de santé.





Sommaire

- » Votre complémentaire santé p. 5
- » Vos garanties p. 8
- » Vos garanties Optique p. 10
- » Vos remboursements p. 12
- » Vos avantages santé p. 14
- » Vos contacts p. 19

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

QUI EST CONCERNÉ ?

Le contrat est à adhésion facultative pour tous les anciens salariés du groupe RAMSAY GENERALE DE SANTE.

Les ayants droit pouvant bénéficier de cette complémentaire santé collective sous réserve du règlement de la cotisation correspondante :

- » votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- » vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^e anniversaire ou leur 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
- » vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance Maladie obligatoire français.

DÉFINITION DES ANCIENS SALARIÉS :

1. les salariés démissionnaires,
2. les salariés licenciés, pour la période au-delà de celle donnant lieu à la portabilité Ani, ou dès la cessation de leur contrat de travail si la cause du licenciement est la faute lourde,
3. les salariés en incapacité ou invalidité, indemnisés par la Sécurité Sociale, dont le contrat de travail a été rompu,
4. les salariés partant en retraite,
5. les ayants droit de salariés et/ou anciens salariés décédés, dans la mesure où le décès est survenu après la mise en place du régime,
6. les salariés ayant quitté leur fonction dans les 12 derniers mois ou ne bénéficiant plus de leur droit à la portabilité au cours des 12 derniers mois.



VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (suite)

COMMENT ADHÉRER ?

Il suffit de remplir le bulletin d'adhésion, le dater et le signer, puis le retourner à l'adresse de votre centre de gestion indiqué en dernière page de ce guide, accompagné des pièces suivantes :

- » une copie de votre attestation papier carte Vitale;
- » une copie de l'attestation papier carte Vitale des ayants droit si ceux-ci disposent de leur propre numéro;
- » un relevé d'identité bancaire ou postal pour le virement de prestations;
- » un mandat de prélèvement SEPA si les cotisations sont prélevées directement sur votre compte bancaire ;
- » si vous avez un enfant de plus de 20 ans qui est étudiant, apprenti, intérimaire, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée, en contrat d'insertion professionnelle ou s'il est handicapé avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'Assurance Maladie obligatoire français : fournir les justificatifs de la situation.

Vous recevrez en retour votre carte mutualiste en double exemplaire, qui mentionnera :

- » les prestations pour lesquelles vous bénéficiez d'accords de tiers payant ;
- » les personnes couvertes par la garantie ;
- » la période de validité de la carte ;
- » le numéro de téléphone du centre de contacts Harmonie Mutuelle.



VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (suite)

JE CHANGE DE SITUATION, QUE DOIS-JE FAIRE ?

Vous devez déclarer à la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de situation.

Pour cela,

» Rendez-vous sur votre Espace perso sur [harmonie-mutuelle.fr](https://www.harmonie-mutuelle.fr) ou sur votre appli mobile Harmonie & moi.

Vous y aurez la possibilité d'y effectuer les modalités suivantes :

- Modifications administratives (Etat civil, coordonnées, RIB, changement de caisse de Régime obligatoire)
- Gestion de vos évènements (naissance/ adoption, ajout d'un nouvel ayant-droit, mariage/PACS/concubinage, enfant à charge jusqu'à 28 ans)
- Radiation d'un ayant-droit (adhésion à un contrat collectif obligatoire, divorce ou séparation, attribution CMU, décès)

PRISE D'EFFET DE VOS MODIFICATIONS

Les modifications prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit la date de votre demande et au jour de la naissance ou de l'adoption pour l'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté. En cas de prestations indûment versées, suite à une modification non signalée, vous devez rembourser votre mutuelle en tant que responsable de la qualité de vos ayants droit.

GARANTIE CHOISIE

Cette offre vous permet de choisir votre couverture parmi 4 niveaux de garanties présentés ci-après dans ce guide.

A la souscription : Votre choix de garantie doit intervenir lors de votre adhésion.

En cours de contrat : Le choix d'un autre niveau de garantie prendra effet au 1^{er} janvier qui suit la date de la demande, sous réserve que celle-ci ait été effectuée avant le 31 octobre, sauf en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, signature d'un pacte Civil de Solidarité, naissance, décès d'un ayant-droit,...) ou en cas de difficultés financières, le changement pourra alors intervenir au 1^{er} jour du mois suivant votre demande.

Toute modification de niveau de prestations concernera l'ensemble des personnes assurées.



BESOIN D'AIDE ?

N'hésitez pas à contacter l'un de nos conseillers pour vous accompagner dans vos démarches.

VOTRE GARANTIE

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2022

Régime général

	RÉGIME OBLIGATOIRE (à titre indicatif)	TOTAUX y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)			
		RÉGIME A	RÉGIME B	RÉGIME C	RÉGIME D
Soins courants					
Soins médicaux et paramédicaux					
Consultations, visites : généralistes	70 %	100 %	130 %	150 %	150 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	100 %	110 %	130 %	130 %
- Autres praticiens					
Consultations, visites : spécialistes	70 %	100 %	135 %	200 %	200 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	100 %	115 %	180 %	180 %
- Autres praticiens					
Actes de sages-femmes	70 %	100 %	130 %	150 %	150 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(les), kinésithérapeutes...	60 %	100 %	130 %	150 %	150 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	100 %	130 %	150 %	150 %
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)					
Médicaments à SMR important	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	30 %	30 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	15 %	15 %	100 %	100 %
Analyses et examens					
Actes techniques médicaux et d'échographie	70 %	100 %	130 %	200 %	200 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	100 %	110 %	180 %	180 %
- Autres praticiens					
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	100 %	130 %	150 %	150 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	100 %	110 %	130 %	130 %
- Autres praticiens					
Examens de laboratoires	60 %	100 %	130 %	150 %	150 %
Appareillages et accessoires médicaux					
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	100 %	125 %	200 %	200 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %	-	125 %	200 %	200 %
Aides auditives					
Équipement 100 % Santé ⁽¹⁾⁽²⁾		100 % Santé	100 % Santé	100 % Santé	100 % Santé
Équipement à tarif libre ⁽¹⁾⁽²⁾	60 %	100 %	125 %	200 %	500 %
Piles	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales					
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	-	-	200 %	150 %
+ Forfait supplémentaire		-	-	10 % du PMSS/An	7,5 % du PMSS/An
Hospitalisation					
Frais de séjour	80% ou 100%	100 %	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 %	140 %	200 %	200 %
- Autres praticiens	80% ou 100%	100 %	120 %	180 %	180 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	100 %	100 %	150 %	150 %
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾⁽⁴⁾		-	3 % du PMSS/Nuit	3,5 % du PMSS/Nuit	3,5 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾		-	15 €/Jour	15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 15 ans ⁽⁶⁾		-	1 % du PMSS/Jour	1 % du PMSS/Jour	1 % du PMSS/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⁾ Prise en charge limitée à 30 jours par hospitalisation et par bénéficiaire.

VOTRE GARANTIE (suite)

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2022

Régime général

RÉGIME OBLIGATOIRE (à titre indicatif)	TOTALS y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)			
	RÉGIME A	RÉGIME B	RÉGIME C	RÉGIME D
Maternité				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	140 %	200 %	200 %
- Autres praticiens	100 %	120 %	180 %	180 %
Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾	-	3 % du PMSS/Nuit	3,5 % du PMSS/Nuit	3,5 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance ⁽⁷⁾	-	-	15 % du PMSS	-

(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

Voir Annexe Optique page 10 et 11

Dentaire		RÉGIME A	RÉGIME B	RÉGIME C	RÉGIME D
Soins	70 %	100 %	100 %	150 %	150 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹³⁾		100 % Santé	100 % Santé	100 % Santé	100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽¹³⁾					
- Prothèses fixes	70 %	100 %	125 %	125 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses fixes		-	-	305 %	305 %
- Inlay-Core	70 %	100 %	125 %	125 %	125 %
+ Forfait supplémentaire Inlay-Core		-	-	275 %	275 %
- Prothèses transitoires	70 %	100 %	125 %	125 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	100 %	100 %	150 %	150 %
- Prothèses amovibles	70 %	100 %	125 %	125 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses amovibles		-	-	305 %	305 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres					
- Prothèses fixes	70 %	100 %	125 %	125 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses fixes		-	-	305 %	305 %
- Inlay-core	70 %	100 %	125 %	125 %	125 %
+ Forfait supplémentaire Inlay-Core		-	-	275 %	275 %
- Prothèses transitoires	70 %	100 %	125 %	125 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	100 %	100 %	150 %	150 %
- Prothèses amovibles	70 %	100 %	125 %	125 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses amovibles		-	-	305 %	305 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾		-	-	462.25 €	462.25 €
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	100 %	125 %	125 %	125 %
+ Supplément orthodontie acceptée ⁽¹⁴⁾		-	-	225%	-
Implantologie ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾		-	-	650 €/An	650 €/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) Prise en charge limitée à 2000 € par année civile et par bénéficiaire, remboursement à hauteur de 125% au-delà. (15) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

Médecines complémentaires

Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾		-	-	30 €/Séance	30 €/Séance
--	--	---	---	-------------	-------------

(16) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (17) Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. (18) 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.

Prévention

Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) ⁽¹⁶⁾		-	60 €/An	90 €/An	90 €/An
Vaccin anti-grippal ⁽¹⁶⁾⁽¹⁹⁾		-	-	70 €/An	70 €/An
Autres vaccins (selon liste) ⁽¹⁶⁾⁽¹⁹⁾		-	-	70 €/An	70 €/An

(16) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (19) Plafond commun.

Harmonie Santé Services

Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)		-	-	-	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.
- PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3 428 € au 01/01/2022)

VOS GARANTIES OPTIQUE

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2022

Régime général

OPTIQUE Régime A

Équipement 100 % Santé ⁽¹⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

- Monture
- Verres

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

- Monture
- Par verre
- Simple
- Complexe
- Très complexe

Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien

Verres avec filtre

Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)

Lentilles acceptées par le régime obligatoire ⁽¹²⁾

Lentilles refusées par le régime obligatoire ⁽¹²⁾

OPTIQUE Régime B

Équipement 100 % Santé ⁽¹⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

- Monture + verres

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

La prise en charge de la mutuelle est limitée à 50 € pour la monture.

- Monture + verres simples
- Monture + verres complexes
- Monture + verres très complexes
- Monture + verre simple + verre complexe
- Monture + verre simple + verre très complexe
- Monture + verre complexe + verre très complexe

Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien

Verres avec filtre

Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)

Lentilles acceptées par le régime obligatoire ⁽¹²⁾

Lentilles refusées par le régime obligatoire ⁽¹²⁾

OPTIQUE Régime C et D

Équipement 100 % Santé ⁽¹⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

- Monture
- Verres

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

- Monture ⁽¹¹⁾
- Par verre
- Simple
- Complexe
- Très complexe

Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien

Verres avec filtre

Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)

Lentilles acceptées par le régime obligatoire ⁽¹²⁾

Lentilles refusées par le régime obligatoire ⁽¹²⁾

Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil

RÉGIME OBLIGATOIRE (à titre indicatif)	TOTAUX y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)
	100 % Santé 100 % Santé
60 %	100 %
60 %	100 %
60 %	100 %
60 %	100 %
60 %	100 %
60 %	100 %
60 %	100 %
60 %	100 % + 100 €/An
60 %	100 €/An

	100 % Santé
60 %	60 % + 100 €
60 %	60 % + 200 €
60 %	60 % + 200 €
60 %	60 % + 150 €
60 %	60 % + 150 €
60 %	60 % + 200 €
60 %	100 %
60 %	100 %
60 %	100 %
60 %	100 % + 150 €/An
60 %	150 €/An

	100 % Santé 100 % Santé
60 %	100 €
60 %	60 % + 100 €
60 %	60 % + 100 €
60 %	60 % + 200 €
60 %	100 %
60 %	100 %
60 %	100 %
60 %	100 %
60 %	100 % + 250 €/An
60 %	250 €/An
60 %	650 €/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) - **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) Y compris RO : Remboursement du Régime Obligatoire (12) Plafond commun

DÉTAIL DE VOS GARANTIES

L'engagement d'HARMONIE MUTUELLE

L'engagement de la mutuelle porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne «MUTUELLE». Le remboursement total donné à titre indicatif peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire.

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la base de remboursement utilisée par l'Assurance Maladie obligatoire (tarif de responsabilité) dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.

PARTICIPATION FORFAITAIRE ET FRANCHISES MÉDICALES

Sont laissées à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie obligatoire et viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire :

- » la participation forfaitaire pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale ;
- » les franchises médicales annuelles sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret par bénéficiaire de soins. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et jeunes de moins de 18 ans et les femmes enceintes en sont toutefois exonérés.

De par la réglementation, elles ne sont pas remboursées par la mutuelle au titre de la présente garantie et restent à la charge du bénéficiaire des soins.

PRESTATIONS HORS PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Lorsque vous recevez des soins médicaux sans passer par votre «médecin traitant», à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie obligatoire considère que vous ne respectez pas le «parcours de soins coordonnés». C'est pourquoi les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire restent, de par la loi, à votre charge exclusive et ne peuvent être remboursées par la présente garantie.



VOS REMBOURSEMENTS

LE TIERS PAYANT

Après enregistrement de votre bulletin d'adhésion, vous recevrez directement à votre domicile votre carte de tiers payant.

Cette carte vous permet de bénéficier du tiers payant et de ne plus avancer le paiement :

- » des médicaments prescrits sur ordonnance et remboursés par l'Assurance Maladie,
- » des dépenses dans les établissements hospitaliers et cliniques conventionnés.

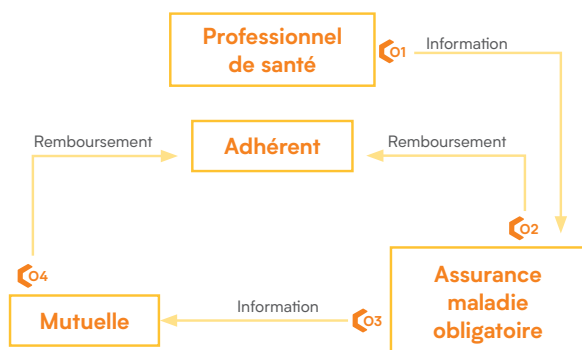
Dans la plupart des départements, le tiers payant est étendu aux radiologues, laboratoires, opticiens, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, transports sanitaires...

Lors des échanges avec votre mutuelle, vous devez communiquer le numéro d'adhérent qui y figure.



HORS TIERS PAYANT, les remboursements sont-ils automatiques ?

La gestion des remboursements est effectuée par télétransmission automatique de vos décomptes du régime obligatoire à Harmonie Mutuelle (système Noémie).



Les +
de la télétransmission

Simplification et économie :

l'assuré n'a plus à envoyer le décompte du régime obligatoire à la mutuelle pour se faire rembourser.

Gain de temps :

l'assuré est remboursé plus rapidement par la mutuelle (règlement quasi simultané à celui du régime obligatoire).

LES ÉTAPES DU REMBOURSEMENT PAR TÉLÉTRANSMISSION

- O1** Le professionnel de santé que vous consultez transmet, pour vous, les informations concernant ses prestations à votre régime d'Assurance Maladie obligatoire.
- O2 O3** Le régime obligatoire effectue son remboursement et transfère automatiquement ces données à Harmonie Mutuelle.
- O4** Harmonie Mutuelle vous verse alors les prestations prévues dans votre garantie.

Pour certains actes médicaux, y compris ceux traités par télétransmission, des informations complémentaires peuvent être demandées par la mutuelle : photocopie de la feuille de soins et/ou des factures détaillées et acquittées justifiant les frais réels, notamment pour l'optique, le dentaire, les médecins non conventionnés, l'appareillage...

Si vous n'avez pas opté pour la télétransmission automatique de vos décomptes ou si vous n'avez pas transmis votre attestation carte Vitale, il conviendra d'adresser les décomptes papier du régime obligatoire à Harmonie Mutuelle pour le versement de vos prestations.

VOS REMBOURSEMENTS (suite)

UTILISATION DE LA CARTE VITALE

Les médecins, laboratoires, pharmacies ou auxiliaires médicaux (orthophonistes, pédicures, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes...) sont de plus en plus nombreux à télétransmettre les feuilles de soins à l'Assurance Maladie par l'intermédiaire de la carte Vitale.

Remboursements accélérés

Hors tiers payant, nos remboursements sont automatisés avec le régime obligatoire (CPAM, MSA, MFP, ...). Pour vous, c'est simple, économique et rapide : vous n'avez pas à envoyer le décompte du régime obligatoire à la mutuelle.

La carte Vitale n'est pas un moyen de paiement, vous devrez régler la totalité de la consultation, ou des soins, au médecin ou à l'auxiliaire médical.

REMBOURSEMENT DES FRAIS ANTÉRIEURS À L'ADHÉSION

Les frais de santé concernant les soins antérieurs à votre adhésion au régime seront à adresser à votre ancien organisme complémentaire.

LES DÉPENSES EN OPTIQUE ET DENTAIRE

Pour les soins importants (acquisition de lunettes et lentilles, réalisation de prothèses dentaires...), faites établir un devis par le professionnel de santé. Transmettez-le ensuite à Harmonie Mutuelle, qui vous indiquera en retour le montant remboursé et les frais qui resteront éventuellement à votre charge.

Les avantages

- » Connaître par avance le montant des sommes à engager.
- » Comparer les prix et les caractéristiques des offres en faisant établir plusieurs devis.
- » L'établissement du devis permet la pratique du tiers payant.

Seuls les soins postérieurs à votre adhésion seront remboursés par Harmonie Mutuelle.



Pour une même prescription, les différences de tarifs sont parfois très importantes !

Lexique

Adhérent : personne physique affiliée au titre d'un contrat souscrit par l'entreprise où elle exerce ou a exercé son activité professionnelle.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : les praticiens adhérents à ce dispositif (Optam) s'engagent à modérer leurs dépassements d'honoraires en contrepartie d'un meilleur remboursement de la consultation. L'optam est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 en remplacement du contrat d'accès aux soins (CAS).

Bénéficiaire : personne physique désignée par l'adhérent pour recevoir les prestations du contrat.

Garantie : droit pour le bénéficiaire affilié au régime «frais de santé» d'obtenir les prestations prévues par le contrat.

Mutuelle : groupement à but non lucratif qui, essentiellement au moyen de cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide.

Noémie : norme d'échange informatique de données entre un organisme d'Assurance Maladie vers un partenaire de santé et les organismes complémentaires de protection sociale. Cette norme permet la télétransmission automatique de vos décomptes Sécurité sociale à votre mutuelle afin qu'elle puisse vous verser vos prestations sans avoir à lui envoyer le décompte papier d'Assurance Maladie. Cette norme permet d'accélérer vos remboursements.

PACS : pacte civil de solidarité.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Prestation : somme d'argent ou service dû au bénéficiaire pour couvrir les frais de santé prévus par le régime.

Tiers payant : service dispensant le bénéficiaire de faire l'avance des frais qui devraient lui être remboursés ultérieurement sur justificatifs par la mutuelle.

VOS AVANTAGES SANTÉ

Pour rester en bonne *santé*

Accompagnement individuel

Prévention

La prévention, tout un programme avec Harmonie Mutuelle

Pour agir sur votre santé, Harmonie Mutuelle vous accompagne grâce à des programmes adaptés à chaque moment de vie :

- » Le programme La santé de votre enfant pour accompagner les parents et aider leurs jeunes enfants à bien grandir ;
- » Le programme Demain s'invente aujourd'hui destiné aux séniors.

harmonie-prevention.fr



Comportements favorables

Rester en bonne santé en adoptant les comportements favorables !

Harmonie Mutuelle vous aide à prendre votre santé en main, à travers son site santé

- » Des dossiers santé validés par des experts ;
- » Des services et actions de prévention ;
- » Des conseils et astuces pratiques.

harmonie-prevention.fr

Questions de santé

Réponses d'experts

- » Pour vous informer sur des questions de santé et de bien-être, vous orienter ou vous accompagner, un service téléphonique d'écoute est à votre disposition :

▶ **N°Cristal** 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

Bien-être et loisirs

Avantages Harmonie

Prendre soin de soi à prix réduits, grâce au Programme Avantages Harmonie :

- » Des tarifs négociés chez plus de 4 200 partenaires près de chez vous dans les domaines de la beauté, de la forme et de la détente ;
- » Des offres privilégiées pour vos vacances : voyages, thalasso, campings...

avantages-harmonie.fr



VOS AVANTAGES SANTÉ

Des soins de qualité à un coût *maîtrisé*



Kalixia favorise l'accès à des prestations et services de qualité, proposés à des tarifs négociés pour limiter le reste à charge, tout en garantissant le libre choix de l'adhérent.



Optique

PRÈS DE 7 000 CENTRES D'OPTIQUE PARTENAIRES

- **Jusqu'à 40 % de réduction** sur le prix des verres.
- **Au moins 20 % de réduction** sur les montures (hormis certaines montures griffées) sur le panier à tarifs libres.
- **Jusqu'à 30 % de réduction** sur le prix des lentilles.
- **Un choix d'équipement à tarifs maîtrisés** (éventuellement sans RAC selon le niveau de la garantie) au-delà du panier 100 % Santé.

Audio

PRÈS DE 4 500 CENTRES AUDIO PARTENAIRES

- **Des prestations de qualité**, quelle que soit la classe de l'équipement 1 ou 2.
- **Des tarifs préférentiels** pour les aides auditives de classe 2.
- **Un accompagnement personnalisé** pendant toute la durée de vie de votre équipement.
- **L'accès aux mêmes avantages** pour vos parents (ascendants directs de l'adhérent).
- **-20 % sur les accessoires** de connectivité, quel que soit le panier.

Dentaire

PLUS DE 3 300 CHIRURGIENS-DENTISTES ET ORTHODONTISTES PARTENAIRES

- **Un meilleur accès aux soins** : prothèses, orthodontie, implantologie, parodontologie.
- **Une garantie de 10 ans pour les couronnes** (selon la charte qualité).
- **Une prévention bucco-dentaire renforcée** prise en charge du scellement des sillons des prémolaires.
- **Des plafonds d'honoraires** sur plus de 120 actes CCAM à forts dépassements (couronnes, orthodontie, implants)
- **Une qualité de prestations** par le respect d'une Charte de qualité formalisée et rédigée avec les professionnels de santé.

Pour trouver les professionnels partenaires près de chez vous, géolocalisez-les depuis votre appli Harmonie & Moi ou sur votre Espace perso

Ostéo

PRÈS DE 500 OSTÉOPATHES PARTENAIRES DU RÉSEAU :

- **Une pratique professionnelle respectant la charte qualité du réseau** rédigée avec des ostéopathes en exercice.
- **Des conditions tarifaires avantageuses.**
- **En fonction des régions** : plafonds d'honoraires compris entre 50 et 70 €

VOS AVANTAGES SANTÉ

Des soins de qualité à un coût *maîtrisé*

Réseau de soins et de services de la Mutualité Française

Harmonie Mutuelle vous donne accès à près de 2 600 établissements et services de qualité.

» Des soins inédits à un coût maîtrisé.

Ces établissements sont répertoriés par zone géographique sur le site mutualite.fr

Réseau de soins et de services de la mutuelle

Plus de

1 000 établissements

Un réseau de professionnels de santé, présents dans toute la France.

Magasins d'optique • Centres d'audioprothèse • Centres de santé dentaire • Agences de distribution de matériel médical • Agences de transport sanitaire • Pharmacie et médication • Établissements sanitaires de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) • Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) • Hospitalisation à domicile (HAD) • Santé mentale • Centres de santé • Établissements et services enfance famille • Établissements et services pour personnes en situation de handicap et dépendance • Établissements et services (Ehpad) • Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD / CSI) • Services à la personne (maintien à domicile) • Logement social • Services funéraires • Ingénierie immobilière • Enseignement et formation

Le conventionnement hospitalier

Pour une hospitalisation programmée, faites le choix d'un établissement conventionné.

» Dans ces établissements, vous bénéficiez de la dispense d'avance de frais.

» Ces hôpitaux et cliniques, reconnus pour la qualité de leurs soins, s'engagent à modérer le coût des dépassements d'honoraires et des chambres particulières.

» Selon votre garantie, Harmonie Mutuelle prend en charge l'intégralité de la chambre particulière.

Impossible de joindre votre médecin traitant ou un spécialiste ?

Avec la téléconsultation MesDocteurs, consultez un médecin, en direct 24h/24 et 7j/7.

Où que vous soyez (même depuis l'étranger), quand vous voulez (même la nuit), vous pouvez consulter immédiatement un médecin via votre Smartphone, tablette ou ordinateur.

Les téléconsultations sont intégralement prises en charge par la mutuelle (pas de reste à charge).

Pour accéder au dispositif, connectez-vous à votre espace personnel sur Harmonie Mutuelle

Depuis la page d'accueil, accédez au menu « **Services en ligne** » et cliquez sur le bouton « **Ma téléconsultation** ».

1. J'accède à la téléconsultation (inscription à la 1^{ère} connexion)
2. Je choisis le mode d'échange : audio, visio ou chat
3. Je sélectionne ma thématique : pédiatrie, gynécologie, dermatologie...
4. Je dialogue avec un médecin en toute confidentialité
5. Je télécharge mon ordonnance si des médicaments ou des analyses sont prescrits
6. Je retrouve le compte-rendu du médecin dans mon dossier.

MesDocteurs n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence, contactez le 15 ou le 112 (numéro d'urgence européen).

VOS AVANTAGES SANTÉ

être accompagné

au bon moment et dans toutes les circonstances



L'assistance, un vrai soutien

Vous et vos ayants droit (inscrits sur le bulletin d'adhésion) bénéficiez de prestations d'assistance incluses dans votre garantie santé. Une aide dans les moments difficiles, des conseils et services adaptés à chaque situation : hospitalisation, maladie, accident, ...

Une assistance santé

En cas d'hospitalisation prévue ou imprévue, d'immobilisation, de maternité :

- Aide à domicile ou prestations de bien-être et de soutien : portage de repas, entretien du linge, coiffure ou pédicure à domicile...
- Garde d'enfants, de personnes dépendantes, d'animaux familiers ;
- Soutien scolaire à domicile ou à l'hôpital ;
- Présence d'un proche au chevet : organisation du déplacement.

En cas de traitement anticancéreux, à domicile ou à l'hôpital : Aide à domicile.

Une assistance complémentaire pour les personnes en situation de handicap

En cas d'hospitalisation ou de maternité, d'accident ou de maladie soudaine de l'aidant, de déménagement :

- Organisation et prise en charge de la garde du chien guide ;
- Aide aux démarches administratives, aux déplacements...
- Accompagnement pour les examens médicaux.

Une assistance à l'étranger

Valable lors de séjours privés ou professionnels de moins de 31 jours consécutifs, en cas d'accident, de maladie soudaine, de blessure ou d'hospitalisation imprévue à l'étranger (service téléphonique disponible 24h/24, 7J/7) :

- Transfert ou rapatriement sanitaire ;
- Avance et prise en charge de frais médicaux ;
- Mise à disposition d'un médecin sur place ;
- Retour des bénéficiaires ;
- Remboursement des appels téléphoniques vers l'assistance.

Un service d'informations et de conseils

Des échanges confidentiels par téléphone pour répondre à toute question d'ordre médical, social...

- Orientation dans les démarches administratives à effectuer ;
- Soutien psychologique en cas de difficultés professionnelles ou personnelles ;
- Contact confidentiel avec un médecin pour une demande d'avis médical ;
- Service à la personne : un soutien pour vous aider à trouver un prestataire de service.

Harmonie Mutuelle a mis en place un ensemble de services d'aides et d'assistance, pour être plus sereins, même en cas de coup dur.

▶ N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

Pour plus de détails, veuillez vous référer à la notice Garantie d'assistance Harmonie Santé Services.

VOS AVANTAGES SANTÉ

être accompagné

au bon moment et dans toutes les circonstances

La protection juridique santé

Dans le cadre d'un litige, un conseil juridique est essentiel pour faire valoir ses droits. Vous bénéficiez d'un accompagnement grâce aux experts d'Harmonie Protection Juridique, lors d'un contentieux lié à :

- » Une erreur médicale, une infection nosocomiale ;
- » Un litige lié à un handicap (protection sociale, carte de transport, de stationnement) ;
- » Les mesures de protection d'un proche (mise sous tutelle ou sous curatelle...).

Les services à la personne : un plus au quotidien

Harmonie Mutuelle renforce ses services d'aide à domicile :

- » Des prestations de service qui facilitent votre quotidien : soutien scolaire, entretien de la maison, jardinage, aide au maintien à domicile...
- » Une simplification de vos démarches grâce à une mise en relation avec des prestataires de confiance et de proximité.

Le service d'action sociale d'Harmonie Mutuelle

En cas de difficultés liées à la maladie, à des problèmes familiaux ou financiers, vous bénéficiez d'une aide auprès d'Harmonie Mutuelle. Objectif : vous permettre de continuer à bénéficier d'un accès aux soins, grâce à :

- » Une aide pour le règlement des cotisations ;
- » Une participation aux frais de santé : soins dentaires, dépassements d'honoraires, frais d'obsèques, hospitalisation...

Les commissions de l'action sociale composées d'élus de la mutuelle sont réparties sur l'ensemble du territoire et étudient chaque dossier de manière anonyme.



Pour accéder à ces services et en savoir +

► N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Le chèque aide pour une complémentaire santé créé par l'État pour permettre aux personnes aux revenus modestes de bénéficier d'une **diminution de leur cotisation annuelle, de 100 à 550 €/an/personne** (selon conditions),

Pour savoir si vous y avez droit : harmonie-mutuelle.fr/web/particulier/acs.2

Pour en savoir plus : **0 8056 50 00 16**

Essentiel Santé Magazine

En tant qu'adhérent Harmonie Mutuelle, vous recevrez à votre domicile, 4 fois par an "Essentiel Santé Magazine". Vous y retrouverez des informations sur la santé, la prévention et l'actualité de la mutuelle Harmonie Mutuelle, traitées de façon pédagogique ainsi qu'une sensibilisation aux grandes thématiques sociétales.

Découvrez le blog "Essentiel Santé Magazine"

En complément du magazine adhérents trimestriel, vous y retrouvez des articles sur la santé, la protection sociale et l'économie sociale et solidaire, traités de façon pédagogique.



À CHACUN DE VOS BESOINS

*Un moyen adapté
pour nous contacter*

Votre correspondant dans l'entreprise pour :

- Adhérer au contrat de l'entreprise
- Enregistrer un changement au sein de votre famille
- Obtenir des informations sur votre cotisation

Votre correspondant est votre interlocuteur dans l'entreprise, il détient toutes les informations sur votre contrat.

Sur Internet harmonie-mutuelle.fr

- Consulter vos remboursements
- Modifier vos coordonnées
- Demander un duplicata de votre carte de tiers payant
- Consulter vos garanties



Téléchargez l'application **Harmonie & Moi** sur votre mobile pour avoir accès à votre Espace perso quand vous voulez et où vous voulez !

Par téléphone 0 980 980 880 (appel non surtaxé)

- Demander des renseignements sur votre contrat
- Demander des informations sur vos garanties

Ouverture du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30
Et le samedi de 8h30 à 12h

Le saviez-vous ?

Nos conseillers sont présents entre 12h et 14h la semaine et il y a moins d'appels sur ce créneau, profitez-en !

Votre centre de gestion

Retrouvez l'adresse de votre centre sur votre carte de tiers payant.

HARMONIE MUTUELLE
TSA 90130
37049 TOURS Cedex 1

Pour toute correspondance avec votre mutuelle :

» **Pensez à indiquer votre numéro d'adhérent**

» **Merci de préciser également le numéro du contrat : P17INTP237**



MesDocteurs. SAS au capital de 124 500 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Marseille sous le numéro 529 134 942, dont le siège social est situé à Carnoux-en-Provence (13470).

Kalixia. Société par Actions Simplifiée au capital social de 5 877 200 €
Siège social : 122 rue de Javel - 75015 Paris- 509 626 552 RCS Paris

Les garanties de protection juridique sont assurées par CFDP Assurances.
Siège social : Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 Lyon. Société Anonyme au capital de 1 692 240 €.
Entreprise régie par le Code des Assurances. RCS Lyon 958 506 156 B. Numéro LEI 969500ZWOF852NM39.

Harmonie Santé Services est assuré par **RMA**, union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682.
Numéro LEI 969500YZ86NRBOATRB2B. Siège social : 46 Rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou Cedex.

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



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**



AVANÇONS collectif