



Guide de l'adhérent 2019

Complémentaire santé groupe

ANAMAAF

À destination de l'ensemble des adhérents de l'association



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

Votre association 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 **4,3 millions** de personnes protégées*,
* y compris acceptations en réassurance
- Près de **60 000** entreprises adhérentes,
- **4 547** collaborateurs,
- **228 492** assurés TNS (travailleurs non-salariés),
- Plus de **133 000** bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C),
- **191 000** bénéficiaires de l'offre Accès Santé (bénéficiaires de l'ACS),
- **2,44 milliards d'€** de cotisations santé brutes de réassurance,
- **Plus de 250 agences** réparties sur le territoire français.



...et la proximité d'un partenaire dans votre région

En agence, par téléphone ou sur internet, 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](https://www.harmonie-mutuelle.fr)



Contact :
0 980 980 880 (appel non surtaxé)



Site internet :
[harmonie-mutuelle.fr](https://www.harmonie-mutuelle.fr)



Inscrivez-vous dès réception de votre carte de tiers payant

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

Votre Espace perso

Accessible dès réception de votre carte de tiers payant, votre espace réservé est totalement sécurisé et disponible sur harmonie-mutuelle.fr



Suivre mes remboursements en un clic

- Consultez vos derniers remboursements et relevés de santé.



Télécharger ma carte mutualiste

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



Contactez facilement ma mutuelle

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



Harmonie & Moi

La nouvelle application mobile qui facilite vos échanges avec la mutuelle.

- Contactez votre conseiller via l'appli mobile
- Attente réduite avec la notification d'alerte "conseiller disponible"
- Possibilité d'envoyer vos justificatifs par simple photo pour vos demandes de remboursement
- Présentez la version digitale de votre carte mutualiste aux professionnels de santé

Téléchargez notre application Harmonie Mutuelle





Sommaire

- Votre complémentaire santé p. 5
- Votre garantie Panier + p. 7
- Votre garantie Niveau 1 p. 10
- Votre garantie Niveau 2 p. 13
- Vos cotisations p. 16
- Vos remboursements p. 17
- Vos avantages santé p. 19
- Vos contacts p. 24

Votre complémentaire santé

Qui est concerné ?

Le contrat est à adhésion facultative pour tout adhérent de l'association ou membre de la personne morale souscriptrice qui bénéficie du contrat collectif et des prestations de la mutuelle.

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.

Comment adhérer ?

Il suffit de remplir le bulletin d'adhésion, de le dater et le signer, puis le retourner à

Harmonie Mutuelle

CAP Nantes Ouest

3 RUE JOSÉ SORIANO - CS 90019

44821 SAINT HERBLAIN CEDEX

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 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, 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.

Changement de niveau

Le changement de niveau peut s'effectuer chaque année en adressant le bulletin de modification avant le 31 octobre à Harmonie Mutuelle pour une date d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

La souscription au "Panier+" s'applique aux nouvelles adhésions et ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion du dispositif.

La prise d'effet est immédiate. Le changement d'option est familial.

Adhésions ultérieures

- Si l'adhérent adhère ultérieurement au contrat collectif, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la mutuelle.
- Ses droits, et le cas échéant, ceux de ses ayants droit, sont ouverts à cette date.





Votre complémentaire santé (suite)

Je change de situation

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

Pour cela :

- Connectez-vous à votre compte personnel sur **harmonie-mutuelle.fr**
- Cliquez sur la catégorie « **Contactez-nous** ».
- Choisissez le thème de votre demande.
- Envoyez votre demande de modification en joignant le justificatif exigé pour la prise en compte des changements ;
- **Adhésion d'un nouvel ayant droit** : joindre la copie de l'attestation de la carte Vitale sur laquelle figure le nouvel ayant droit, un extrait d'acte de naissance ou un certificat d'adoption et le bulletin de modification complété.
- **Changement d'adresse** : si votre changement d'adresse implique un changement de caisse d'Assurance Maladie. Il faudra joindre une photocopie de l'attestation de la carte Vitale.
- **Changement de banque** : joignez votre RIB.

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.

Votre garantie Panier +

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2019

Régime général de la Sécurité sociale

Soins médicaux et paramédicaux

Consultations, visites : généralistes

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 70 %
- Autres praticiens 70 %

Consultations, visites : spécialistes

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 70 %
- Autres praticiens 70 %

Actes de sages-femmes 70 %

Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes... 60 %

Ambulances, véhicules sanitaires légers... 65 %

Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)

Médicaments à SMR important 65 %

Médicaments à SMR modéré 30 %

Médicaments à SMR faible 15 %

Analyses et examens

Actes techniques médicaux et d'échographie

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 70 %
- Autres praticiens 70 %

Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 70 %
- Autres praticiens 70 %

Examens de laboratoires 60 %

Actes non remboursés par le régime obligatoire ⁽¹⁾

(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.

Appareillages et accessoires médicaux

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire 60 %

+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux 40 %

+ Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer ⁽¹⁾ 80 €/An
250 €/An

Prothèses auditives 60 %

+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives 40 %

Achat véhicule pour personne handicapée physique 100 %

+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique 500 €/An

(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.

Cures thermales

Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier 65 % ou 70 %

+ Forfait supplémentaire 35 % ou 30 %

300 €

Hospitalisation

Frais de séjour 80 % ou 100 %

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) 20 % ou 0 %

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 80 % ou 100 %

- Autres praticiens 80 % ou 100 %

Ambulances, véhicules sanitaires légers... 65 % ou 100 %

Forfait journalier hospitalier Frais réels

Chambre particulière avec nuitée ⁽²⁾⁽³⁾ 45 €/Nuit

Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁴⁾ 15 €/Jour

Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans 30 €/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.

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

(3) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.

(4) 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.

	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Consultations, visites : généralistes	70 %	30 %	+ 30 %	130 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 10 %	110 %
Consultations, visites : spécialistes	70 %	30 %	+ 40 %	140 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
- Autres praticiens	70 %	30 %		100 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Actes techniques médicaux et d'échographie	70 %	30 %	+ 30 %	130 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 10 %	110 %
- Autres praticiens	70 %	30 %		100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %	+ 30 %	130 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 10 %	110 %
- Autres praticiens	70 %	30 %		100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire ⁽¹⁾			Oui	Oui
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %		100 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			80 €/An	80 €/An
+ Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer ⁽¹⁾			250 €/An	250 €/An
Prothèses auditives	60 %	40 %		100 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives			250 €/Appareil	250 €/Appareil
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %			100 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			500 €/An	500 €/An
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			300 €	300 €
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 20 %	120 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 30 %	130 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 10 %	110 %
- Autres praticiens	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...				
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée ⁽²⁾⁽³⁾			45 €/Nuit	45 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁴⁾			15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			30 €/Jour	30 €/Jour

Votre garantie Panier + (suite)

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2019

Régime général de la Sécurité sociale

Maternité

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Chambre particulière avec nuitée ⁽²⁾

Indemnité de naissance ⁽⁵⁾

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

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

Optique

Enfant (moins de 18 ans) ⁽⁶⁾

Monture

Par verre

- Simple
- Complexe
- Très complexe

Adulte (18 ans et plus) ⁽⁶⁾

Monture

Par verre

- Simple
- Complexe
- Très complexe

Lentilles acceptées par le régime obligatoire

Lentilles refusées par le régime obligatoire

Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil

(6) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00.

La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

Dentaire

Soins

Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire ⁽⁷⁾

- Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) ⁽⁸⁾
- Prothèses type céramique sur molaires et prothèses métal sur toutes dents
- Inlays-Core

Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire ⁽⁹⁾

Prothèses fixes transitoires sur dent naturelle

Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire

Orthodontie refusée par le régime obligatoire

Implantologie ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Parodontologie ⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾

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),

- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle.

(7) Les prothèses fixes remboursables sont : couronne, bridge de base, élément de bridge supplémentaire remboursés conformément à la CCAM.

(8) Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux.

(9) Les 2^{ème} et 3^{ème} inters du bridge ne sont pas remboursables.

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

(11) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.

(12) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS.

	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	100 %		+ 30 %	130 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 10 %	110 %
Chambre particulière avec nuitée ⁽²⁾			45 €/Nuit	45 €/Nuit
Indemnité de naissance ⁽⁵⁾			100 €	100 €
Monture	60 %	30 €		60 % + 30 €
Par verre				
- Simple	60 %	35 €		60 % + 35 €
- Complexe	60 %	85 €		60 % + 85 €
- Très complexe	60 %	85 €		60 % + 85 €
Monture	60 %	60 €		60 % + 60 €
Par verre				
- Simple	60 %	40 €		60 % + 40 €
- Complexe	60 %	90 €		60 % + 90 €
- Très complexe	60 %	150 €		60 % + 150 €
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 150 €/An		100 % + 150 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			150 €/An	150 €/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			200 €/Oeil	200 €/Oeil
Soins	70 %	30 %		100 %
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire ⁽⁷⁾				
- Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) ⁽⁸⁾	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses type céramique sur molaires et prothèses métal sur toutes dents	70 %	30 %	+ 75 %	175 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire ⁽⁹⁾			100 €	100 €
Prothèses fixes transitoires sur dent naturelle			50 €	50 €
Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 75 %	175 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 75 %	175 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			200 €/An	200 €/An
Implantologie ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾			100 €/Implant	100 €/Implant
Parodontologie ⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾			75 €/An	75 €/An

Votre garantie Panier + (suite)

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2019

Régime général de la Sécurité sociale

Médecines complémentaires

Ostéopathie, Chiropraxie et Microkinésithérapie ⁽¹⁰⁾⁽¹³⁾

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

(13) Limité à 6 séances par année civile et par bénéficiaire.

Contraception féminine

Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) ⁽¹⁰⁾

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

Prévention

Equilibre alimentaire - Diététique ⁽¹⁰⁾⁽¹⁴⁾

Vie sans tabac - Sevrage tabagique ⁽¹⁵⁾

Vaccin anti-grippal ⁽¹⁰⁾

Autres vaccins (selon liste) ⁽¹⁰⁾

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

(14) Prise en charge de 20 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.

(15) Prise en charge des substituts nicotiques, consultations cognito-comportementales et/ou Hypnose Ericksonienne, sur prescription médicale. Après intervention du Régime Obligatoire.

Harmonie Santé Services

Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)

Assistance obsèques (voir notice d'information)

Garantie supplémentaire

Participation sur frais d'obsèques

Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
		20 €/Séance	20 €/Séance
		50 €/An	50 €/An
		60 €/An 75 €/An Frais réels 20 €/An	60 €/An 75 €/An Frais réels 20 €/An
		Oui Oui	Oui Oui
		50 % du PMSS	50 % du PMSS

* 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.

- 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, réévalué chaque année (estimé à 3 377€ en 2019)

Votre garantie Niveau 1 (suite)

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2019

Régime général de la Sécurité sociale

Dentaire (suite)

Prothèses fixes transitoires sur dent naturelle
 Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire
 Orthodontie acceptée par le régime obligatoire
 Orthodontie refusée par le régime obligatoire
 Implantologie ⁽¹²⁾⁽¹³⁾
 Parodontologie ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾

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),

- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle.

(9) Les prothèses fixes remboursables sont : couronne, bridge de base, élément de bridge supplémentaire remboursés conformément à la CCAM.

(10) Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux.

(11) Les 2^{ème} et 3^{ème} inters du bridge ne sont pas remboursables.

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

(13) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.

(14) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS.

Médecines complémentaires

Ostéopathie, Chiropraxie et Microkinésithérapie ⁽¹²⁾⁽¹⁵⁾

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

(15) Limité à 6 séances par année civile et par bénéficiaire.

Contraception féminine

Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) ⁽¹²⁾

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

Prévention

Equilibre alimentaire - Diététique ⁽¹²⁾⁽¹⁶⁾

Vie sans tabac - Sevrage tabagique ⁽¹⁷⁾

Vaccin anti-grippal ⁽¹²⁾

Autres vaccins (selon liste) ⁽¹²⁾

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

(16) Prise en charge de 20 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.

(17) Prise en charge des substituts nicotiniques, consultations cognito-comportementales et/ou Hypnose Ericksonienne, sur prescription médicale. Après intervention du Régime Obligatoire.

Harmonie Santé Services

Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)

Assistance obsèques (voir notice d'information)

Garantie supplémentaire

Participation sur frais d'obsèques

Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
70 % 70% ou 100%	30 % 30 % ou 0 %	100 € + 150 % + 150 % 300 €/An 200 €/Implant 150 €/An	100 € 250 % 250 % 300 €/An 200 €/Implant 150 €/An
		20 €/Séance	20 €/Séance
		50 €/An	50 €/An
		60 €/An 75 €/An Frais réels 20 €/An	60 €/An 75 €/An Frais réels 20 €/An
		Oui Oui	Oui Oui
		50 % du PMSS	50 % du PMSS

* 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.

- 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, réévalué chaque année (estimé à 3 377€ en 2019)

Votre garantie Niveau 2

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2019

Régime général de la Sécurité sociale

Soins médicaux et paramédicaux

Consultations, visites : généralistes et spécialistes

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Actes de sages-femmes

Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...

Ambulances, véhicules sanitaires légers...

Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)

Médicaments à SMR important

Médicaments à SMR modéré

Médicaments à SMR faible

Analyses et examens

Actes techniques médicaux et d'échographie

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Examens de laboratoires

Actes non remboursés par le régime obligatoire ⁽¹⁾

(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.

Appareillages et accessoires médicaux

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire

- + Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux
- + Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer ⁽¹⁾

Prothèses auditives

- + Forfait supplémentaire achat prothèses auditives

Achat véhicule pour personne handicapée physique

- + Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique

(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.

Cures thermales

Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier

- + Forfait supplémentaire

Hospitalisation

Frais de séjour

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Ambulances, véhicules sanitaires légers...

Forfait journalier hospitalier

Chambre particulière avec nuitée ⁽²⁾⁽³⁾

Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁴⁾

Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans

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 prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(3) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.

(4) 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.

	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Consultations, visites : généralistes et spécialistes	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Actes de sages-femmes	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	65 %	35 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire ⁽¹⁾			Oui	Oui
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			200 €/An	200 €/An
+ Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer ⁽¹⁾			400 €/An	400 €/An
Prothèses auditives	60 %	40 %		100 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives			600 €/Appareil	600 €/Appareil
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %			100 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			750 €/An	750 €/An
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			300 €	300 €
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 90 %	190 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée ⁽²⁾⁽³⁾			70 €/Nuit	70 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁴⁾			15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			40 €/Jour	40 €/Jour

Votre garantie Niveau 2 (suite)

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2019

Régime général de la Sécurité sociale

Maternité

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Chambre particulière avec nuitée ⁽²⁾

Indemnité de naissance ⁽⁵⁾

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

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

Optique

Enfant (moins de 18 ans) ⁽⁶⁾

Monture

Par verre dans le réseau KALIVIA ⁽⁷⁾⁽⁸⁾

- Simple
- Complexe
- Très complexe

Par verre hors réseau

- Simple
- Complexe
- Très complexe

Adulte (18 ans et plus) ⁽⁶⁾

Monture

Par verre dans le réseau KALIVIA ⁽⁷⁾⁽⁸⁾

- Simple
- Complexe
- Très complexe

Par verre hors réseau

- Simple
- Complexe
- Très complexe

Lentilles acceptées par le régime obligatoire

Lentilles refusées par le régime obligatoire

Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil

(6) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00.

La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

(7) Remboursement assurant la prise en charge intégrale (PEC intégrale) de verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités antireflets. La notice contractuelle concernant ce remboursement intégral est disponible sur simple demande.

La prise en charge intégrale s'entend dans la limite des maxima du contrat responsable fixés au 3^e de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

(8) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalivia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.

Dentaire

Soins

Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire ⁽⁹⁾

- Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) ⁽¹⁰⁾
- Prothèses type céramique sur molaires et prothèses métal sur toutes dents
- Inlays-Core

Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire ⁽¹¹⁾

Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
100 % 100 %		+ 110 % + 90 % 70 €/Nuit 200 €	210 % 190 % 70 €/Nuit 200 €
60 %	70 €		60 % + 70 €
60 %	PEC intégrale		PEC intégrale
60 %	PEC intégrale		PEC intégrale
60 %	PEC intégrale		PEC intégrale
60 %	50 €		60 % + 50 €
60 %	105 €		60 % + 105 €
60 %	105 €		60 % + 105 €
60 %	120 €		60 % + 120 €
60 %	PEC intégrale		PEC intégrale
60 %	PEC intégrale		PEC intégrale
60 %	PEC intégrale		PEC intégrale
60 %	70 €		60 % + 70 €
60 %	170 €		60 % + 170 €
60 %	250 €		60 % + 250 €
60 %	40 % + 200 €/An		100 % + 200 €/An
		200 €/An 350 €/Oeil	200 €/An 350 €/Oeil
70 %	30 %	+ 100 %	200 %
70 %	30 %	+ 300 %	400 %
70 %	30 %	+ 200 %	300 %
70 %	30 %	+ 300 %	400 %
		300 €	300 €

Votre garantie Niveau 2 (suite)

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2019

Régime général de la Sécurité sociale

Dentaire (suite)

Prothèses fixes transitoires sur dent naturelle
 Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire
 Orthodontie acceptée par le régime obligatoire
 Orthodontie refusée par le régime obligatoire
 Implantologie ⁽¹²⁾⁽¹³⁾
 Parodontologie ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾

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),

- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle.

(9) Les prothèses fixes remboursables sont : couronne, bridge de base, élément de bridge supplémentaire remboursés conformément à la CCAM.

(10) Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux.

(11) Les 2^{ème} et 3^{ème} inters du bridge ne sont pas remboursables.

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

(13) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.

(14) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS.

Médecines complémentaires

Ostéopathie, Chiropraxie et Microkinésithérapie ⁽¹²⁾⁽¹⁵⁾

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

(15) Limité à 6 séances par année civile et par bénéficiaire.

Contraception féminine

Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) ⁽¹²⁾

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

Prévention

Equilibre alimentaire - Diététique ⁽¹²⁾⁽¹⁶⁾

Vie sans tabac - Sevrage tabagique ⁽¹⁷⁾

Vaccin anti-grippal ⁽¹²⁾

Autres vaccins (selon liste) ⁽¹²⁾

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

(16) Prise en charge de 20 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.

(17) Prise en charge des substituts nicotiniques, consultations cognito-comportementales et/ou Hypnose Ericksonienne, sur prescription médicale. Après intervention du Régime Obligatoire.

Harmonie Santé Services

Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)

Assistance obsèques (voir notice d'information)

Garantie supplémentaire

Participation sur frais d'obsèques

Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
70 % 70% ou 100%	30 % 30 % ou 0 %	150 € + 200 % + 200 % 400 €/An 300 €/Implant 200 €/An	150 € 300 % 300 % 400 €/An 300 €/Implant 200 €/An
		30 €/Séance	30 €/Séance
		50 €/An	50 €/An
		60 €/An 75 €/An Frais réels 20 €/An	60 €/An 75 €/An Frais réels 20 €/An
		Oui Oui	Oui Oui
		50 % du PMSS	50 % du PMSS

* 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.

- 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, réévalué chaque année (estimé à 3 377€ en 2019)

Vos cotisations

Cotisations mensuelles TTC

Les cotisations sont déterminées pour l'année civile.

Panier +

Ventilation	Cotisations Mensuelles TTC 2019	Dont Taxes (**)
Enfant (gratuité au 3 ^{ème})	27,66 €	13,27 %
Jusqu'à 34 ans	30,03 €	13,27 %
De 35 à 44 ans	37,54 €	13,27 %
De 45 à 49 ans	54,05 €	13,27 %
De 50 à 59 ans	67,13 €	13,27 %
60 ans et plus	81,25 €	13,27 %

Niveau 1

Ventilation	Cotisations Mensuelles TTC 2019	Dont Taxes (**)
Enfant (gratuité au 3 ^{ème})	31,81 €	13,27 %
Jusqu'à 34 ans	38,61 €	13,27 %
De 35 à 44 ans	51,46 €	13,27 %
De 45 à 49 ans	65,62 €	13,27 %
De 50 à 59 ans	77,20 €	13,27 %
60 et plus	93,44 €	13,27 %

Niveau 2

Ventilation	Cotisations Mensuelles TTC 2019	Dont Taxes (**)
Enfant (gratuité au 3 ^{ème})	36,59 €	13,27 %
Jusqu'à 34 ans	44,39 €	13,27 %
De 35 à 44 ans	61,76 €	13,27 %
De 45 à 49 ans	78,74 €	13,27 %
De 50 à 59 ans	92,64 €	13,27 %
60 ans et plus	116,82 €	13,27 %

(*) Comprend la Taxe de Solidarité Additionnelle (ancienne Contribution CMU) et la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance sur la base des taux en vigueur au 1er octobre 2012.

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 « Remboursement 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 mutualiste.

Votre carte mutualiste **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.

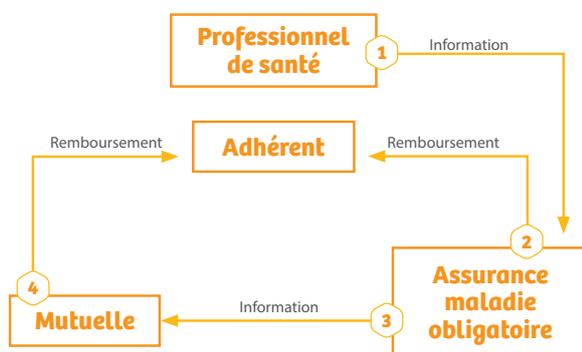
Dans la plupart des départements, le tiers payant est étendu aux radiologues, laboratoires, opticiens, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, transports sanitaires...

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

- 1 Le professionnel de santé que vous consultez transmet, pour vous, les informations concernant ses prestations à votre régime d'Assurance Maladie obligatoire.
- 2 3 Le régime obligatoire effectue son remboursement et transfère automatiquement ces données à Harmonie Mutuelle.
- 4 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.

À SAVOIR



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



Guide d'achat en ligne d'objets de santé connectés

Accédez aux dernières innovations et trouvez les objets connectés les plus adaptés à vos besoins de santé. Accessible à tous, ce guide compare de nombreux objets connectés, afin de faciliter votre choix.

Il vous permet de trouver les objets connectés santé compatibles avec votre smartphone, mais aussi et surtout avec votre mode de vie.

guide-sante-connectee.fr



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



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



Des réponses d'experts à vos questions de santé

- 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

avantages
Harmonie

Le Bien-être et les loisirs

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



Kalivia 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.

Kalivia Optique : près de 5 200 centres d'optique partenaires

- **Jusqu'à 40 % de réduction** sur le prix des verres.
- **20 % de réduction minimum** sur le prix des montures (hors certaines montures griffées).
- **Jusqu'à 30 % de réduction** sur le prix des lentilles.
- **Garanties après ventes gratuites** (échange en cas de casse de la monture, remplacement en cas de casse des verres...) selon modalités de la charte Kalivia.

Kalivia Audio : près de 3 500 centres d'audioprothèse partenaires

- **Au moins 15 % de réduction** sur le prix d'un appareillage complet, prêt à l'emploi, quel que soit l'équipement choisi.
- Offre exclusive "**Prim'Audio**" pour un appareillage de qualité à 700 € maximum par prothèse auditive.
- **Garantie panne étendue à 4 ans** au lieu de 2 ans.
- **Accompagnement personnalisé** pendant toute la durée de vie de l'équipement.
- **Les parents de l'adhérent bénéficient des mêmes avantages** (ascendants directs).

Kalivia Dentaire : Près de 3 000 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires

- **Accès amélioré pour de nombreux soins dentaires** : prothèses, orthodontie, implantologie et parodontologie.
- **Prévention bucco-dentaire renforcée.**
- **Honoraires plafonnés** sur plus de 500 actes, selon les départements.
- **10 ans de garantie pour les couronnes**, selon les conditions de la charte qualité.



Kalixia ostéo : près de 400 ostéopathes partenaires

- **Accéder à des ostéopathes sélectionnés** pour leur pratique professionnelle et à des conditions tarifaires maîtrisées.
- **Trouver l'ostéopathe** qui répond au mieux à ses besoins avec toutes les sous spécialités représentées (kinésithérapeutes, médecins, sages-femmes...).

Trouver un opticien, un audioprothésiste, un professionnel dentaire ou un ostéopathe partenaire grâce à notre outil de géolocalisation sur votre "**Espace perso**".

Vos avantages santé

Des soins de qualité à un coût maîtrisé (suite)



L'accès à un réseau national de soins et de services

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



VYV Care, plus de 1 000 établissements de soins et de services

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.

Pour connaître les établissements conventionnés près de chez vous : rendez-vous en agence ou par téléphone.



Impossible de joindre son médecin traitant ou un spécialiste ?

Avec la téléconsultation Mes Docteurs, 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.

- 300 médecins généralistes sont à votre écoute pour des consultations à distance.
- 30 spécialités couvertes : pédiatrie, ORL, dermatologie, gynécologie, psychiatrie.

La téléconsultation est intégralement prise en charge par la mutuelle, son nombre n'est pas limité par bénéficiaire.

La téléconsultation Mes Docteurs est complémentaire à celle remboursée par l'Assurance Maladie dans le cadre du parcours de soins (depuis le 15 septembre 2018).

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

Depuis la page d'accueil « Mon compte » cliquez sur le Bouton 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, ORL, 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

Mes Docteurs 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



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

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'association pour :

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

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



Par téléphone **0 980 980 880** (appel non surtaxé)

- Demander des renseignements sur votre contrat
- Demander des informations sur vos garanties
- Trouver une agence ou un professionnel de santé Kalivia

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 !



Sur Internet **harmonie-mutuelle.fr**

- Consulter ses remboursements
- Modifier ses coordonnées
- Demander un duplicata de votre carte mutualiste
- Consulter ses garanties



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



Par courrier

- Envoyer vos demandes de remboursements
- Communiquer un nouveau RIB, un changement d'adresse
- Envoyer des justificatifs

Votre centre de gestion

Harmonie Mutuelle
CAP Nantes Ouest
3 RUE JOSÉ SORIANO
CS 90019
44821 SAINT HERBLAIN CEDEX

Pour toute correspondance avec votre mutuelle, pensez à indiquer votre numéro d'adhérent.

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).

Kalivia, Société par Actions Simplifiée au capital de 5 000 000 €, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 509 626 552. Siège social : 122, rue Javel - 75015 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 969500Z0W0FLQF852NM39.

Harmonie Santé Services est assuré par **Ressources Mutuelles Assistance**, 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 969500YZ86NRBOATRB28
Siège social : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 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 969500JLUSZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

