

CLINIQUE PASTEUR

# Notice d'information

Garanties de frais de santé

Contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire

Salariés non cotisant à l'AGIRC

**Contrat n° : P053923**  
**Effet au 1er Janvier 2021**



Centre  
de gestion

**202 AV DE PELISSIER**  
**81000 ALBI**



immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473.  
Numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57  
Siège social : 143, rue Blomet – 75015 Paris.  
**HM.NIO.Ent 01-2013**

# Sommaire

## Chapitre 1 • Dispositions générales

### Article 1 • Objet de la présente notice

### Article 2 • Risques couverts

### Article 3 • L'adhésion individuelle à la mutuelle

- 3.1 Catégorie éligible
- 3.2 Bénéficiaires des garanties
- 3.3 Prise d'effet de l'adhésion
- 3.4 Durée de l'adhésion

### Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

- 4.1 Nouveaux bénéficiaires
- 4.2 Autres modifications

### Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

- 5.1 A l'initiative de l'adhérent
- 5.2 A l'initiative de la mutuelle
- 5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

### Article 6 • Maintien de couverture

## Chapitre 2 • Garanties frais de santé

### Article 7 • Cadre général

- 7.1 Contrats solidaires et responsables
- 7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties
- 7.3 Base de remboursement
- 7.4 Pluralité de garanties de frais de santé
- 7.5 Limites de remboursement
- 7.6 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés
- 7.7 Non prise en charge de certaines prestations

### Article 8 • Versement des prestations

- 8.1 Règlement des prestations
- 8.2 Contrôle

## Chapitre 3 • Cotisations

### Article 9 • Détermination de la cotisation

### Article 10 • Paiement de la cotisation

- 10.1 Règlement de la cotisation
- 10.2 Non-paiement de la cotisation

## Chapitre 4 • Dispositions diverses

### Article 11 • Couverture des accidents

- 11.1 Recours subrogatoire
- 11.2 Déclaration d'accident
- 11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires
- 11.4 Tiers payant en cas d'accident

### Article 12 • Prescription

### Article 13 • Informatique et libertés

### Article 14 • Échanges de données informatisées

### Article 15 • Autorité de contrôle

### Article 16 • Réclamations

# Chapitre 1 • Dispositions générales

## Article 1 • Objet de la présente notice

Cette notice constitue un document d'information destiné à éclairer l'adhérent sur les principales dispositions du contrat collectif de complémentaire santé signé par le souscripteur auprès de Harmonie Mutuelle ci-après dénommée la mutuelle.

## Article 2 • Risques couverts

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

## Article 3 • L'adhésion individuelle à la mutuelle

### 3.1 Catégorie éligible

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles du souscripteur visés à la présente notice.

L'adhésion donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de la mutuelle.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle.

### 3.2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion et couvertes par un régime d'Assurance maladie obligatoire français à savoir :

- l'adhérent,
- les ayants droit suivants :
  - le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
  - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin, ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20<sup>e</sup> anniversaire.
  - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'assurance maladie obligatoire français.

La garantie des ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'adhérent.

### 3.3 Prise d'effet de l'adhésion

#### A la souscription du contrat

Pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur et entrant dans la catégorie éligible visée à la présente notice à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à cette même date.

#### En cours de contrat

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à la date d'embauche ou à la date d'entrée dans la catégorie éligible visée à la présente notice.

### 3.4 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'à la survenance de l'un des événements de l'article Résiliation à titre exceptionnel.

## Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer au souscripteur, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

### 4.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption.	Au 1 <sup>er</sup> jour du mois de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité.	Au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires.	Au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.

### 4.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de leur demande par la mutuelle.

## Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

### 5.1 A l'initiative de l'adhérent

#### Radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

La demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

#### Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et la mutuelle	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif.
Rupture du contrat de travail	La résiliation prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la survenance de l'événement <b>sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.</b>
Passage dans une catégorie non visée par la présente notice	Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.
Rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur	
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.

### Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la survenance de l'événement <b>sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.</b>
Attribution de la CMU à l'ayant droit	Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire	
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

## 5.2 A l'initiative de la mutuelle

### En cas de non-paiement

La mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article *Non paiement de la cotisation*.

### Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

### 5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

## Article 6 • Maintien de couverture

### Maintien loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci-après demander le maintien auprès de la mutuelle de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits définie ci-après ;
- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

### Personnel en suspension de contrat de travail

Les adhérents en suspension de contrat de travail qui ont fait l'objet d'une suspension de leur adhésion au contrat peuvent bénéficier d'un maintien facultatif des garanties pendant le temps de suspension de leur contrat de travail. L'adhérent règle les cotisations de l'année par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal au vu d'un appel établi par la mutuelle.

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Aucun cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

### Portabilité des droits des anciens salariés, adhérents au contrat

Les dispositions de l'article 911-8 du Code de la Sécurité sociale (Loi n°2013-504 du 14 juin 2013) imposent au Souscripteur de proposer un maintien des garanties du Contrat aux salariés relevant de la catégorie éligible dont le contrat de travail a été rompu. A compter de cette rupture, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et ce dans une limite maximale de 12 mois.

Afin de permettre le respect des dispositions légales susmentionnées, les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au Contrat durant le temps de leur droit à portabilité. La garantie pour les anciens salariés bénéficiaires est maintenue dans le cadre d'un système de mutualisation avec les cotisations des salariés adhérents au Contrat. Le système de mutualisation conduit à n'appeler aucune cotisation auprès des anciens salariés bénéficiaires durant leur période de maintien.

A l'expiration de la période convenue de portabilité, la Mutuelle procédera à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de cessation du droit.

En cas de perte anticipée du droit à portabilité, la Mutuelle procédera, sur demande, à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

# Chapitre 2 • Garanties frais de santé

## Article 7 • Cadre général

### 7.1 Contrats solidaires et responsables

La mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable,
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

### 7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement des cotisations par le souscripteur.

### A la souscription

Le choix de la garantie optionnelle par les salariés de la catégorie éligible doit intervenir à la date de prise d'effet du contrat.

### En cours de contrat

Le choix d'un autre niveau de garantie (garantie optionnelle ou base obligatoire) par l'adhérent, postérieurement à la prise d'effet du contrat, prend effet au 1er janvier qui suit la date de la demande, sous réserve que celle-ci ait été effectuée avant le 31 octobre.

### 7.3 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au descriptif des garanties, le remboursement de la mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

### 7.4 Pluralité de garanties de frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

### 7.5 Limites de remboursement

**Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.**

**Les remboursements de frais d'obsèques, lorsqu'ils sont prévus à la garantie, sont effectués dans la limite des frais engagés et du montant garanti précisé dans le tableau descriptif des garanties.**

### 7.6 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

**Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :**

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du **Code de la Sécurité sociale** ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

### 7.7 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées ;
- les frais de concession et de rapatriement.

## Article 8 • Versement des prestations

### 8.1 Règlement des prestations

#### Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du Régime obligatoire, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger. Dans ce dernier cas, le remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoire français.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties figurant en annexe de la présente notice, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties figurant à la présente notice.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

#### Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de pré-traitements et de contention en orthodontie, la médecine douce telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire ;
- les dates de début et fin de séjour pour :
  - les cures thermales,
  - l'hospitalisation ou la maternité\*

\**Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).*

- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de frais d'accouchement sous réserve de respect des conditions d'inscription décrites à l'article *Nouveaux bénéficiaires* ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie ;
- la date de survenance du décès.

#### Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires, factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la mutuelle. En leur absence les prestations seront calculées sur la base du remboursement minimal prévu par le tableau descriptif des garanties.

La prestation obsèques indemnitaire, prévue pour certaines garanties, a pour objet d'assurer le remboursement des frais obsèques engagés suite au décès d'une personne garantie. La prestation est versée à la personne ayant supporté les frais sur présentation d'une facture acquittée et d'une copie d'acte de décès.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

### **Information et modes de paiement des prestations**

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Les remboursements convenus aux présentes garanties sont adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

### **8.2 Contrôle**

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM) et aux conditions d'attribution de ses prestations, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande de remboursement ou bénéficie de prestations au titre du contrat collectif.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le Régime obligatoire.

# Chapitre 3 • Cotisations

## Article 9 • Détermination de la cotisation

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants ou les taux sont précisés dans le contrat collectif qui prévoit en outre le cadre de leur évolution. Elles sont déterminées en fonction du niveau de garanties choisi par le souscripteur et du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent les adhérents.

## Article 10 • Paiement de la cotisation

### 10.1 Règlement de la cotisation

Le souscripteur règle sa part des cotisations au vu d'un appel de cotisations et suivant les modalités définies au contrat collectif.

L'adhérent règle sa part des cotisations de l'année par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal au vu d'un appel établi par la mutuelle.

### 10.2 Non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement par le souscripteur ou par l'adhérent de sa part de cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle au souscripteur ou à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur ou l'adhérent n'a pas réglé sa part de cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, en cas de défaut de paiement par le souscripteur, la mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure au souscripteur, chaque adhérent pouvant se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement. À défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur, la part de la cotisation payée par l'adhérent afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque, lui est remboursée.

# Chapitre 4 • Dispositions diverses

## Article 11 • Couverture des accidents

La mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues à la présente notice et selon les modalités prévues ci-après.

Elle se réserve le droit d'effectuer un recours subrogatoire en cas de tiers responsable.

### 11.1 Recours subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

### 11.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la mutuelle.

A défaut d'information par l'adhérent, la mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

### **11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires**

La mutuelle est signataire de conventions avec des organismes spécialisés dans les domaines des assurances scolaires ou sportives, elle participe aux remboursements des frais dans les limites fixées par voie conventionnelle, cette participation ne pouvant excéder 50 % des frais évalués sur le tarif de responsabilité.

### **11.4 Tiers payant en cas d'accident**

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

## **Article 12 • Prescription**

**Toute action dérivant de l'adhésion au contrat collectif se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

En ce qui concerne le règlement de l'indemnité, l'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle.

## **Article 13 • Informatique et libertés**

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent et ses ayants droit peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier à l'usage de la mutuelle. Pour exercer ce droit et pour s'opposer sans frais à l'utilisation à des fins de prospection commerciale de ces informations, il suffit de s'adresser au siège social de la mutuelle.

## **Article 14 • Échanges de données informatisées**

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

## **Article 15 • Autorité de contrôle**

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située au 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

## **Article 16 • Réclamations**

Pour toute réclamation liée à l'application du Contrat, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

A compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS81021 49010 Angers Cedex 01.

**Enfin, si le désaccord persiste et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur de la mutuelle :**

**Par courrier :**  
**HARMONIE MUTUELLE**  
**Direction Juridique**  
**A l'attention du Médiateur**  
**23 Boulevard Jean Jaurès**  
**45025 Orléans Cedex**

**Ou par email à l'adresse suivante :**  
**Mediation@harmonie-mutuelle.fr**

## TABLEAU DES PRESTATIONS

### V00173

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2021 - V00173 généré le 16/12/2020

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		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	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %		100 %
- 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 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Pharmacie non remboursable par le régime obligatoire (1)(2)(3)(4)			20 €/An	20 €/An
(*) SMR: Service Médical Rendu. (1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (2) Sur présentation de la prescription médicale. (3) Prise en charge uniquement des antitussifs et des médicaments liés à l'homéopathie. (4) Plafond commun				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %		100 %
- Autres praticiens	70 %	30 %		100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %		100 %
- Autres praticiens	70 %	30 %		100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipement 100 % Santé (5)(6)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (5)(6)	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Piles	60 %	40 %		100 %
(5) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (6) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.				
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		100 %

# V00173

## Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	<b>Régime Obligatoire *</b> (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		<b>Total</b> 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	
<b>HOSPITALISATION (suite)</b>				
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 %		<b>100 %</b>
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		<b>100 %</b>
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		<b>100 %</b>
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	<b>Frais réels</b>
<p>(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</li> <li>- ateliers thérapeutiques,</li> <li>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</li> <li>- centres de rééducation professionnelle</li> <li>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</li> </ul>				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipement 100 % Santé (5)(7)(8) - Monture				<b>100 % Santé</b>
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				<b>100 % Santé</b>
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				<b>100 % Santé</b>
Equipement à tarif libre (5)(7)(8)(9) - Monture	60 %	65 €		<b>60 % + 65 €</b>
- Par verre dans le réseau KALIXIA (10) - Simple	60 %	115 €		<b>60 % + 115 €</b>
- Complexe	60 %	130 €		<b>60 % + 130 €</b>
- Très complexe	60 %	160 €		<b>60 % + 160 €</b>
- Par verre hors réseau - Simple	60 %	100 €		<b>60 % + 100 €</b>
- Complexe	60 %	100 €		<b>60 % + 100 €</b>
- Très complexe	60 %	120 €		<b>60 % + 120 €</b>
- Supplément verres avec filtre	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 155 €/An		<b>100 % + 155 €/An</b>

# V00173

## Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	<b>Régime Obligatoire *</b> (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		<b>Total</b> 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	
<b>OPTIQUE (suite)</b>				
Lentilles refusées par le régime obligatoire			155 €/An	<b>155 €/An</b>

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

(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(9) - Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- 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.

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

<b>DENTAIRE</b>				
Soins	70 %	30 %		<b>100 %</b>
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (11)				<b>100 % Santé</b>
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (11)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
- Inlay onlay	70 %	30 %		<b>100 %</b>
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
- Inlay onlay	70 %	30 %		<b>100 %</b>
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 50 %	<b>150 %</b>

(\*) 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.

(11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Activité Physique Adaptée (13)			100 €/An	<b>100 €/An</b>

(13) Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, dans le cadre des articles L.1172-1 et D1172-2 du code de la santé publique. Prise en charge sur présentation du formulaire mis à disposition par la mutuelle et de la facture détaillée et acquittée.

# V00173

## Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		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	
<b>CONTRACEPTION</b>				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (1)(2)(4)(12)			20 €/An	20 €/An
<p>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(2) Sur présentation de la prescription médicale.</p> <p>(4) Plafond commun</p> <p>(12) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</p>				
<b>HARMONIE SANTÉ SERVICES</b>				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

**(\*) 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.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

## TABLEAU DES PRESTATIONS

### V00174

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2021 - V00174 généré le 16/12/2020

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		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	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %		100 %
- Autres praticiens	70 %	30 %		100 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Pharmacie non remboursable par le régime obligatoire (1)(2)(3)(4)			30 €/An	30 €/An
(*) SMR: Service Médical Rendu.				
(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
(2) Sur présentation de la prescription médicale.				
(3) Prise en charge uniquement des antitussifs et des médicaments liés à l'homéopathie.				
(4) Plafond commun				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 110 %	210 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 110 %	210 %
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipement 100 % Santé (5)(6)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (5)(6)	60 %	40 %	+ 110 %	210 %
Piles	60 %	40 %		100 %
(5) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.				
(6) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.				

# V00174

## Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	<b>Régime Obligatoire *</b> (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		<b>Total</b> 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	
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	<b>200 %</b>
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 %	+ 120 %	<b>220 %</b>
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	<b>200 %</b>
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		<b>100 %</b>
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	<b>Frais réels</b>
Chambre particulière avec nuitée (7)(8)			63 €/Nuit	<b>63 €/Nuit</b>
Chambre particulière en ambulatoire (7)(9)			15 €/Jour	<b>15 €/Jour</b>
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			31 €/Jour	<b>31 €/Jour</b>
(*) 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.				
(7) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
(8) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.				
(9) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.				
<b>MATERNITE</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 120 %	<b>220 %</b>
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	<b>200 %</b>
Chambre particulière avec nuitée (7)			63 €/Nuit	<b>63 €/Nuit</b>
(7) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipement 100 % Santé (5)(10)(11) - Monture - Par verre hors réseau ou dans le réseau - Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				<b>100 % Santé</b> <b>100 % Santé</b> <b>100 % Santé</b>
Equipement à tarif libre (5)(10)(11)(12) - Monture	60 %		100 €	<b>60 % + 100 €</b>
- Par verre dans le réseau KALIXIA (13)(14) - Simple	60 %		PEC intégrale	<b>PEC intégrale</b>
- Complexe	60 %		PEC intégrale	<b>PEC intégrale</b>
- Très complexe	60 %		PEC intégrale	<b>PEC intégrale</b>
- Par verre hors réseau - Simple	60 %		140 €	<b>60 % + 140 €</b>
- Complexe	60 %		170 €	<b>60 % + 170 €</b>
- Très complexe	60 %		190 €	<b>60 % + 190 €</b>
- Supplément verres avec filtre	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		<b>100 %</b>

# V00174

## Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		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	
<b>OPTIQUE (suite)</b>				
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 180 €/An		<b>100 % + 180 €/An</b>
Lentilles refusées par le régime obligatoire			180 €/An	<b>180 €/An</b>
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			320 €/An	<b>320 €/An</b>
<p>(5) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(10) 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.</p> <p>(11) 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).</p> <p>(12) - Verres simples :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.</p> <p>- Verres complexes :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.</p> <p>- Verres très complexes :</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(13) 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° de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale.</p> <p>(14) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.</p>				
<b>DENTAIRE</b>				
Soins	70 %	30 %		<b>100 %</b>
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (15)				<b>100 % Santé</b>
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (15)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 85 %	<b>185 %</b>
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 70 %	<b>170 %</b>
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 100 %	<b>200 %</b>
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 70 %	<b>170 %</b>
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 85 %	<b>185 %</b>
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 70 %	<b>170 %</b>
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 100 %	<b>200 %</b>
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 70 %	<b>170 %</b>
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 150 %	<b>250 %</b>
Implantologie (limité à 3 implants par année civile et par bénéficiaire) (1)			320 €/An	<b>320 €/An</b>

# V00174

## Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		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	
<b>DENTAIRE (suite)</b>				
Parodontologie (1)(16)			95 €/An	<b>95 €/An</b>
<p>(*) Les remboursements de la mutuelle :</p> <p>- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),</p> <p>- 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.</p> <p>(15) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</p> <p>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(16) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).</p>				
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, Chiropraxie et Microkinésithérapie (1)(17)(18)			30 €/An	<b>30 €/An</b>
Activité Physique Adaptée (21)			100 €/An	<b>100 €/An</b>
<p>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(17) Limité à 4 séances par an (plafond commun).</p> <p>(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°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(21) Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, dans le cadre des articles L.1172-1 et D1172-2 du code de la santé publique. Prise en charge sur présentation du formulaire mis à disposition par la mutuelle et de la facture détaillée et acquittée.</p>				
<b>CONTRACEPTION</b>				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (1)(2)(4)(19)			30 €/An	<b>30 €/An</b>
<p>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(2) Sur présentation de la prescription médicale.</p> <p>(4) Plafond commun</p> <p>(19) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</p>				
<b>PREVENTION</b>				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (1)(20)			40 €/An	<b>40 €/An</b>
Vaccin anti-grippal (1)			Frais réels	<b>Frais réels</b>
Autres vaccins (selon liste) (19)			30 €/An	<b>30 €/An</b>
<p>(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(20) Prise en charge des substituts nicotiques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n°FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(19) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</p>				
<b>HARMONIE SANTÉ SERVICES</b>				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	<b>Oui</b>

### (\*) 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.

## TABLEAU DES PRESTATIONS

### V00175

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2021 - V00175 généré le 16/12/2020

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		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	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 40 %	140 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 250 %	350 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Pharmacie non remboursable par le régime obligatoire (1)(2)(3)(4)			60 €/An	60 €/An
(*) SMR: Service Médical Rendu.				
(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
(2) Sur présentation de la prescription médicale.				
(3) Prise en charge uniquement des antitussifs et des médicaments liés à l'homéopathie.				
(4) Plafond commun				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 505 %	605 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		1000 €	100 % + 1000 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipement 100 % Santé (5)(6)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (5)(6)	60 %	40 %	+ 505 %	605 %
Piles	60 %	40 %		100 %
(5) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.				
(6) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.				

# V00175

## Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	<b>Régime Obligatoire *</b> (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		<b>Total</b> 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	
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	65 % ou 70 %	35 %	475 €/An	<b>100 % ou 105 %</b> <b>475 €/An</b>
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 250 %	<b>350 %</b>
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 %	+ 200 %	<b>300 %</b>
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	<b>200 %</b>
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		<b>100 %</b>
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	<b>Frais réels</b>
Chambre particulière avec nuitée (7)(8)			90 €/Nuit	<b>90 €/Nuit</b>
Chambre particulière en ambulatoire (7)(9)			15 €/Jour	<b>15 €/Jour</b>
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			50 €/Jour	<b>50 €/Jour</b>
<p>(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</li> <li>- ateliers thérapeutiques,</li> <li>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</li> <li>- centres de rééducation professionnelle</li> <li>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</li> </ul> <p>(7) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(8) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(9) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</p>				
<b>MATERNITE</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 200 %	<b>300 %</b>
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	<b>200 %</b>
Chambre particulière avec nuitée (7)			90 €/Nuit	<b>90 €/Nuit</b>
Indemnité de naissance			400 €	<b>400 €</b>
<p>(7) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p>				

# V00175

## Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		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	
<b>OPTIQUE</b>				
Equipement 100 % Santé (5)(10)(11)				<b>100 % Santé</b>
- Monture				<b>100 % Santé</b>
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				<b>100 % Santé</b>
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				<b>100 % Santé</b>
Equipement à tarif libre (5)(10)(11)(12)				
- Monture	60 %	100 €		<b>60 % + 100 €</b>
- Par verre dans le réseau KALIXIA (13)(14)				
- Simple	60 %	PEC intégrale		<b>PEC intégrale</b>
- Complexe	60 %	PEC intégrale		<b>PEC intégrale</b>
- Très complexe	60 %	PEC intégrale		<b>PEC intégrale</b>
- Par verre hors réseau				
- Simple	60 %	160 €		<b>60 % + 160 €</b>
- Complexe	60 %	220 €		<b>60 % + 220 €</b>
- Très complexe	60 %	240 €		<b>60 % + 240 €</b>
- Supplément verres avec filtre	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		<b>100 %</b>
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 300 €/An		<b>100 % + 300 €/An</b>
Lentilles refusées par le régime obligatoire			300 €/An	<b>300 €/An</b>
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			500 €/An	<b>500 €/An</b>

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

(10) 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.

(11) 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).

(12) - 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.

(13) 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° de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale.

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

<b>DENTAIRE</b>				
Soins	70 %	30 %	+ 200 %	<b>300 %</b>
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (15)				<b>100 % Santé</b>

# V00175

## Garantie dite "responsable"

Régime Général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		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	
<b>DENTAIRE (suite)</b>				
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (15)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 240 %	<b>340 %</b>
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 200 %	<b>300 %</b>
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 200 %	<b>300 %</b>
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 200 %	<b>300 %</b>
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 240 %	<b>340 %</b>
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 200 %	<b>300 %</b>
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	<b>125 %</b>
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 200 %	<b>300 %</b>
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 200 %	<b>300 %</b>
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 250 %	<b>350 %</b>
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			+ 200 %	<b>200 %</b>
Implantologie (limité à 3 implants par année civile et par bénéficiaire) (1)			500 €/An	<b>500 €/An</b>
Parodontologie (1)(16)			95 €/An	<b>95 €/An</b>
(*) 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.				
(15) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.				
(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
(16) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).				
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, Chiropraxie et Microkinésithérapie (1)(17)(18)			40 €/Séance	<b>40 €/Séance</b>
Activité Physique Adaptée (21)			100 €/An	<b>100 €/An</b>
(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
(17) Limité à 4 séances par an (plafond commun).				
(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°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.				
(21) Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, dans le cadre des articles L.1172-1 et D1172-2 du code de la santé publique. Prise en charge sur présentation du formulaire mis à disposition par la mutuelle et de la facture détaillée et acquittée.				
<b>CONTRACEPTION</b>				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (1)(2)(4)(19)			60 €/An	<b>60 €/An</b>
(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
(2) Sur présentation de la prescription médicale.				
(4) Plafond commun				
(19) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.				
<b>PREVENTION</b>				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (1)(20)			50 €/An	<b>50 €/An</b>
Vaccin anti-grippal (1)			Frais réels	<b>Frais réels</b>
Autres vaccins (selon liste) (19)			50 €/An	<b>50 €/An</b>
(1) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
(20) Prise en charge des substituts nicotiques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n°FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.				
(19) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.				

# V00175

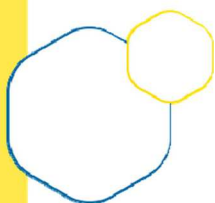
## Garantie dite "responsable"

<u>Régime Général</u>	<b>Régime Obligatoire *</b> (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		<b>Total</b> 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	
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

### (\*) 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.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.





## Les cotisations mensuelles 2021

Base	Cotisations 2018 en €	Cotisations à la charge du salarié après déduction de la part employeur
Isolé	<b>36.20 €</b>	<b>0 €</b>
Famille à charge*	<b>47.31 €</b>	<b>0 €</b>

Conjoint non à charge	+ 33.77 €
-----------------------	-----------

### Option 1

Isolé	+ 18.44 €
Famille à charge*	+ 30.95 €

Conjoint non à charge	+31.33 €
-----------------------	----------

### Option 2

Isolé	+ 40.35 €
Famille à charge*	+ 53.58 €

Conjoint non à charge	+ 53.92 €
-----------------------	-----------

## Le reste à charge cumulé sur les cotisations 2021 (base + option) après déduction de la participation employeur

	Base	Base + Option 1	Base + option 2
<b>vous adhérez seul</b>	0 €	18.44 €	40.35 €
<b>vous adhérez avec vos ayants droit*</b>	0 €	30.95 €	53.58 €
<b>Votre conjoint souhaite adhérer</b>	+ 33.77 €	+ 65.10 €	+ 87.69 €

### Règles de souscription

► \*Ayant-droit couvert par le même numéro de Sécurité Sociale que le salarié, dont les enfants jusqu'à l'âge de 20 ans.

Si au niveau Régime Général vous couvrez des enfants avec votre n° Sécurité Sociale, vous devez alors les intégrer obligatoirement sur le contrat et souscrire de ce fait au mode tarifaire « Famille ».

► Le choix d'une option en mode « famille » implique l'adhésion de l'ensemble des membres sur une durée minimale de 24 mois. Si vous souscrivez une option ou si vous assurez le conjoint non à charge Sécurité Sociale, il est nécessaire de compléter le mandat SEPA.

# SERVICES

## Complémentaire Santé

### SIMPLIFIER VOTRE QUOTIDIEN GRÂCE À DES SERVICES OFFERTS

*Encore une preuve  
du pouvoir du collectif*



#### ESPACE PERSO ET APPLI MOBILE HARMONIE & MOI

- › Consultez vos **remboursements** et vos **relevés de santé**
- › **Envoyez vos documents**, factures, devis en les téléchargeant ou en les prenant **directement en photo**
- › **Téléchargez** votre carte mutualiste
- › **Consultez un médecin** en direct, à distance
- › Contactez un **conseiller**
- › **Effectuez des demandes** et en suivre le traitement **en temps réel**

#### TÉLÉCONSULTATION

- › **Contactez un médecin** généraliste ou spécialiste, **en direct, 24h/24, et 7j/7**
- › Obtenez une ordonnance si nécessaire

#### RÉSEAUX DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ PARTENAIRES KALIXIA

- › **Profitez de tarifs négociés** et plafonnés sur vos prestations optique, audio, dentaire, et ostéo
- › Bénéficiez d'un **service de tiers payant intégral**

#### ASSISTANCE

- › Demandez **l'aide de l'action sociale** pour maintenir l'accès aux soins en cas de difficultés financières
- › Faites appel à l'assistance pour faire face à des **problèmes de santé ou du quotidien en France ou à l'étranger**

#### PROGRAMMES PRÉVENTION

- › En tant que parents de jeunes enfants (de 0 à 6 ans), profitez du programme **La santé de votre enfant** pour vous accompagner
- › Pour les plus de 55 ans, le programme **Demain s'invente aujourd'hui** saura répondre à vos préoccupations

#### PROGRAMME AVANTAGES

- › Profitez de **bons plans et tarifs préférentiels** sur vos sorties culturelles, vos voyages, vos loisirs, vos activités sportives

#### COMMUNAUTÉ HARMONIE

- › **Donnez-nous vos idées, vos besoins et attentes**, vos préférences et vos suggestions d'amélioration pour construire ensemble la mutuelle de demain
- › **Echangez** avec d'autres adhérents sur de multiples sujets



**Harmonie  
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*



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.

Création : www.welko.fr - 08/20

# Harmonie Mutuelle, en région Sud-Ouest

*Votre centre de relations et de conseils*



**0980 980 880**

(appel non surtaxé)

du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30  
et le samedi de 8h30 à 12h.

## 09 ARIÈGE

- » **Foix**  
37 cours Gabriel Fauré  
09000 FOIX
- » **Pamiers**  
26 av du 9<sup>e</sup> RCP rte de Belpech  
09100 PAMIERES
- » **St Lizier**  
11 route de Toulouse  
09190 St Lizier

## 11 AUDE

- » **Carcassonne**  
690 rue Gaspard Monge -  
ZAE La Ferraudière -  
11000 CARCASSONNE
- » **Narbonne**  
20 bd Marcel Sembat  
11104 NARBONNE

## 12 AVEYRON

- » **Rodez**  
22 avenue Jean Monnet  
12000 RODEZ

## 19 CORRÈZE

- » **Brive**  
21 boulevard Koenig  
19100 BRIVE LA GAILLARDE

## 23 CREUSE

- » **Guéret**  
14 rue Eugène France  
23000 GUERET

## 30 GARD

- » **Alès**  
28 bis quai Boissier de  
Sauvages - BP 79 - 30102  
ALES
- » **Bagnols sur Cèze**  
Place Bertin Boissin -  
La Camargue A -  
30200 BAGNOLS SUR CEZE
- » **Nîmes**  
5 rue de Verdun -  
30900 NIMES

## 31 HAUTE GARONNE

- » **Toulouse**  
9 rue de Metz -  
31000 TOULOUSE

## 32 GERS

- » **Auch**  
6 rue de la Somme BP 60054  
32000 AUCH

## 33 GIRONDE

- » **Bordeaux**  
20 place Pey Berland  
33000 Bordeaux

## 34 HÉRAULT

- » **Béziers**  
11 place de la Victoire  
34500 BEZIERS
- » **Lunel**  
67 boulevard Lafayette  
34400 LUNEL
- » **Montpellier**  
66 rue Don Bosco -  
Antigone le Diamant - Bât B  
34000 MONTPELLIER
- » **Sète**  
31 rue Général de Gaulle  
34200 Sète

## 46 LOT

- » **Cahors**  
55 bd Léon Gambetta -  
46000 CAHORS

## 64 PYRÉNÉES ATLANTIQUES

- » **Anglet**  
« Les allées Montaury »  
56 bis avenue de Bayonne  
64600 ANGLET
- » **Pau**  
7 place Marguerite Laborde  
64000 PAU

## 65 HAUTE PYRÉNÉES

- » **Tarbes**  
1 rue François Mouis  
65000 TARBES

## 66 PYRÉNÉES ORIENTALES

- » **Perpignan**  
57 Avenue Général de Gaulle  
66000 PERPIGNAN

## 81 TARN

- » **Albi**  
10 place de Verdun -  
81031 ALBI
- » **Carmaux**  
10 place de Verdun -  
81031 ALBI
- » **Castres**  
1 rue Christian D'Espic  
81100 CASTRES
- » **Gaillac**  
51 rue de la Madeleine  
81600 GAILLAC
- » **Graulhet**  
32 Av Charles de Gaulle  
81300 GRAULHET
- » **Lavaur**  
1 bis place du Foirail  
81500 LAVAUR
- » **Mazamet**  
2 rue Pont de Caville  
81200 MAZAMET

## 82 TARN ET GARONNE

- » **Castelsarrasin**  
47 rue de la Révolution  
82100 CASTELSARRASIN
- » **Montauban**  
10 place Prax Paris  
82000 MONTAUBAN

## 87 HAUTE VIENNE

- » **Limoges**  
11 rue Jean Jaurès  
87000 LIMOGES



Coordonnées et horaires des agences  
dans toute la France sur :

[www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr)