



A.N.A.M.A.A.F

# Notice d'information

Garanties de frais de santé

Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative

Ensemble du Personnel

**Contrat n° : P082308**

**Effet au 1er Janvier 2018**



Centre  
de gestion

**23 BD JEAN JAURES  
45025 ORLEANS CEDEX 1**

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 n°969500JLU5ZH89G4TD57

Siège social : 143, rue Blomet – 75015 Paris.

HM.NIF.Ent 01-2013



**Harmonie  
mutuelle**

En harmonie avec votre santé

## 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 Incident de paiement
- 10.3 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 ou aux membres 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 ou leur 28<sup>e</sup> anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
  - 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

Si le salarié ou le membre adhère au contrat collectif, à la date d'effet du contrat, son adhésion prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois de signature du bulletin d'adhésion et au plus tôt à la date d'effet du contrat.

#### En cours de contrat

Si le salarié ou le membre adhère ultérieurement au contrat collectif, l'adhésion prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la mutuelle.

### 3.4 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité.

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

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer au souscripteur et/ou à la mutuelle, 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

#### Résiliation en fin d'année

L'adhérent peut mettre fin à la garantie en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

La demande de résiliation 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.

#### 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	
Rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur	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.
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	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>
Attribution de la CMU à l'adhérent	
Remise d'une nouvelle notice d'information après modification du contrat collectif	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.

La mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

#### **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	
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire	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.
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 ;
- 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.

# **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 d'un niveau de garantie par les salariés de la catégorie éligible doit intervenir à la date de prise d'effet de son adhésion.

### **En cours de contrat**

Le choix d'un autre niveau de garantie 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 choisies par l'adhérent.**

## **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.

Pour les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une garantie encadrée par l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31/12/1989 ayant pris effet à compter du 1er juillet 2017, les cotisations sont déterminées conformément au plafonnement tarifaire progressif échelonné les 3 premières années issu du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 :

- 1ère année : les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
- 2ème année : les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux adhérents salariés,
- 3ème année : les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux adhérents salariés.
- Fin du plafonnement tarifaire à partir de la 4ème année.

Les ayants droit de l'ancien adhérent salarié ne sont pas concernés par ce plafonnement tarifaire.

Les cotisations évolueront à la date anniversaire de prise d'effet de la garantie, durant les 3 premières années du plafonnement progressif.

Ces tarifs encadrés les 3 premières années sont maintenus selon le plafonnement progressif prévu par le décret, sous réserve de la répercussion d'une évolution des tarifs globaux (intégrant la part salariale et la part patronale) des adhérents salariés au 1er janvier de chaque année.

## Article 10 • Paiement de la cotisation

### 10.1 Règlement de la cotisation

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.

### 10.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

### 10.3 Non-paiement de la cotisation

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.

Au 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. 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.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

## 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.**

**L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

## 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 (ACP), 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](mailto:Mediation@harmonie-mutuelle.fr)

# Niveau 1 : H02613

Garantie dite "responsable"

Prestations en vigueur au 01/01/2018

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de 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 MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 40 %	140 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
<b>PHARMACIE SELON SERVICE MEDICAL RENDU (SMR)</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<b>ANALYSES ET EXAMENS</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 40 %	140 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 40 %	140 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)			Oui	Oui
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
<b>APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			150 €/An	150 €/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			500 €/Appareil	500 €/Appareil
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %			100 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			750 €/An	750 €/An
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
<b>CÛRES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			300 €	300 €
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 50 %	150 %
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 %	+ 60 %	160 %
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 40 %	140 %
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

# Niveau 1 : H02613

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de 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>HOSPITALISATION (suite)</b>				
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			40 €/Jour	40 €/Jour
<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>(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.</p>				
<b>MATERNITE</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 60 %	160 %
- Autres praticiens	100 %		+ 40 %	140 %
Chambre particulière avec nuitée (2)			70 €/Nuit	70 €/Nuit
Indemnité de naissance (5)			200 €	200 €
<p>(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.</p>				
<b>OPTIQUE</b>				
<b>Enfant (moins de 18 ans) (6)</b>				
Monture	60 %		60 €	60 % + 60 €
Par verre dans le réseau KALIVIA (7)(8)				
- Simple	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
- Complexe	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
- Très complexe	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
Par verre hors réseau				
- Simple	60 %		45 €	60 % + 45 €
- Complexe	60 %		90 €	60 % + 90 €
- Très complexe	60 %		90 €	60 % + 90 €
<b>Adulte (18 ans et plus) (6)</b>				
Monture	60 %		90 €	60 % + 90 €
Par verre dans le réseau KALIVIA (7)(8)				
- Simple	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
- Complexe	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
- Très complexe	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
Par verre hors réseau				
- Simple	60 %		60 €	60 % + 60 €
- Complexe	60 %		140 €	60 % + 140 €
- Très complexe	60 %		200 €	60 % + 200 €
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %		40% + 200 €/An	100% + 200 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			200 €/An	200 €/An

# Niveau 1 : H02613

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de 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>				
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			350 €/Oeil	350 €/Oeil
<p>(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° 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.</p>				
<b>DENTAIRE</b>				
Soins	70 %	30 %		100 %
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire (9)				
- Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) (10)	70 %	30 %	+ 200 %	300 %
- Prothèses type céramique sur molaires et prothèses métal sur toutes dents	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	+ 200 %	300 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (11)			200 €	200 €
Prothèses fixes transitoires sur dent naturelle			100 €	100 €
Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			300 €/An	300 €/An
Implantologie (12)(13)			200 €/Implant	200 €/Implant
Parodontologie (14)			150 €/An	150 €/An
<p>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) Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM.            (10) Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux.            (11) Les 2ème et 3ème 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.</p>				
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie (12)(15)			20 €/Séance	20 €/Séance
<p>(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.</p>				
<b>CONTRACEPTION FEMININE</b>				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (12)			50 €/An	50 €/An
<p>(12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p>				
<b>PREVENTION</b>				
Equilibre alimentaire - Diététique (12)(16)			60 €/An	60 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (17)			75 €/An	75 €/An
Vaccin anti-grippal (12)			Frais réels	Frais réels

# Niveau 1 : H02613

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de 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>PREVENTION (suite)</b>				
Autres vaccins (selon liste) (12)			20 €/An	20 €/An
<i>(12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i> <i>(16) Prise en charge de 20 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.</i> <i>(17) Prise en charge des substituts nicotiniques, consultations cognito-comportementales et/ou Hypnose Ericksonienne, sur prescription médicale. Après intervention du Régime Obligatoire.</i>				
<b>HARMONIE SANTÉ SERVICES</b>				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui
Assistance obsèques (voir notice d'information)			Oui	Oui
<b>GARANTIE SUPPLEMENTAIRE</b>				
Participation sur frais d'obsèques			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 (3269 € au 01/01/2017)



## Niveau 2 : H02614

Garantie dite "responsable"

Prestations en vigueur au 01/01/2018

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de 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 MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
<b>PHARMACIE SELON SERVICE MEDICAL RENDU (SMR)</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<b>ANALYSES ET EXAMENS</b>				
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
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
<b>APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX</b>				
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
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			300 €	300 €
<b>HOSPITALISATION</b>				
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

## Niveau 2 : H02614

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de 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>HOSPITALISATION (suite)</b>				
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			40 €/Jour	40 €/Jour
<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>(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.</p>				
<b>MATERNITE</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	100 %		+ 90 %	190 %
Chambre particulière avec nuitée (2)			70 €/Nuit	70 €/Nuit
Indemnité de naissance (5)			200 €	200 €
<p>(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.</p>				
<b>OPTIQUE</b>				
<b>Enfant (moins de 18 ans) (6)</b>				
Monture	60 %		70 €	60 % + 70 €
Par verre dans le réseau KALIVIA (7)(8)				
- Simple	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
- Complexe	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
- Très complexe	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
Par verre hors réseau				
- Simple	60 %		50 €	60 % + 50 €
- Complexe	60 %		105 €	60 % + 105 €
- Très complexe	60 %		105 €	60 % + 105 €
<b>Adulte (18 ans et plus) (6)</b>				
Monture	60 %		120 €	60 % + 120 €
Par verre dans le réseau KALIVIA (7)(8)				
- Simple	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
- Complexe	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
- Très complexe	60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
Par verre hors réseau				
- Simple	60 %		70 €	60 % + 70 €
- Complexe	60 %		170 €	60 % + 170 €
- Très complexe	60 %		250 €	60 % + 250 €
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %		40% + 200 €/An	100% + 200 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			200 €/An	200 €/An

## Niveau 2 : H02614

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de 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>				
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			350 €/Oeil	350 €/Oeil
<p>(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° 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.</p>				
<b>DENTAIRE</b>				
Soins	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire (9) - Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) (10)	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Prothèses type céramique sur molaires et prothèses métal sur toutes dents	70 %	30 %	+ 200 %	300 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (11)			300 €	300 €
Prothèses fixes transitoires sur dent naturelle			150 €	150 €
Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 200 %	300 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			400 €/An	400 €/An
Implantologie (12)(13)			300 €/Implant	300 €/Implant
Parodontologie (14)			200 €/An	200 €/An
<p>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) Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM.            (10) Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux.            (11) Les 2ème et 3ème 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.</p>				
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie (12)(15)			30 €/Séance	30 €/Séance
<p>(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.</p>				
<b>CONTRACEPTION FEMININE</b>				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (12)			50 €/An	50 €/An
<p>(12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p>				
<b>PREVENTION</b>				
Equilibre alimentaire - Diététique (12)(16)			60 €/An	60 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (17)			75 €/An	75 €/An
Vaccin anti-grippal (12)			Frais réels	Frais réels

## Niveau 2 : H02614

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de 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>PREVENTION (suite)</b>				
Autres vaccins (selon liste) (12)			20 €/An	20 €/An
<i>(12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
<i>(16) Prise en charge de 20 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.</i>				
<i>(17) Prise en charge des substituts nicotiques, consultations cognito-comportementales et/ou Hypnose Ericksonienne, sur prescription médicale. Après intervention du Régime Obligatoire.</i>				
<b>HARMONIE SANTÉ SERVICES</b>				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui
Assistance obsèques (voir notice d'information)			Oui	Oui
<b>GARANTIE SUPPLEMENTAIRE</b>				
Participation sur frais d'obsèques			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 (3269 € au 01/01/2017)