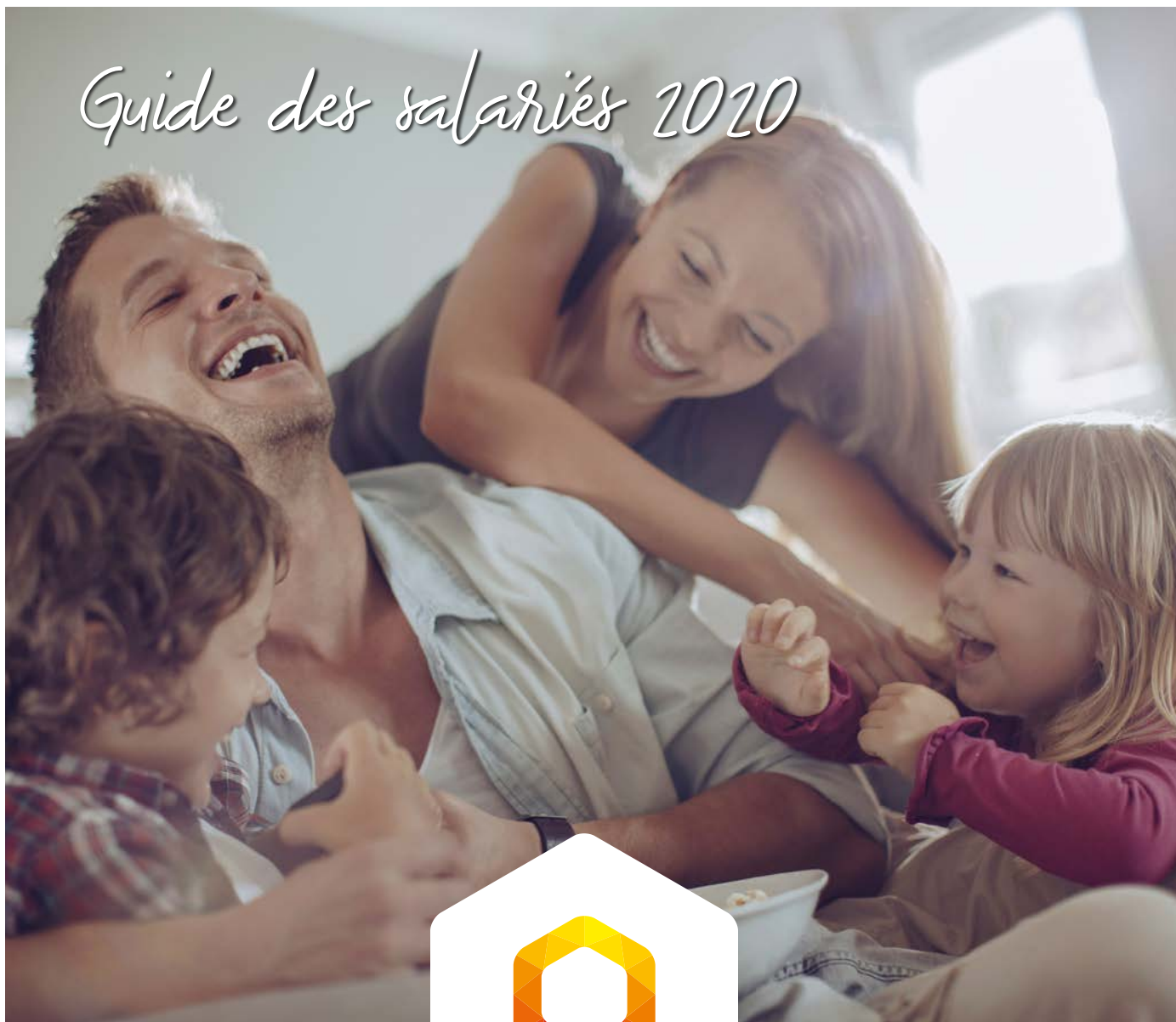


Guide des salaires 2020



**Harmonie
mutuelle**

GROUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ GROUPE **ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG**

À destination de l'ensemble du personnel



L'EFS vous permet de bénéficier d'une complémentaire santé collective Harmonie Mutuelle. En nous rejoignant, vous optez pour une mutuelle qui s'engage pour vous apporter au quotidien des avantages et services de qualité à un tarif de groupe avantageux.



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

1^{ER} PARTENAIRE SANTÉ DES ENTREPRISES

- 4 445 collaborateurs,
- 2 628 889 personnes protégées en contrats collectifs,
- 42 CCN dont 13 en référencement,
- 358 367 personnes protégées par l'ACS et la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire),
- 255 agences réparties sur le territoire français.

Plus de
60 000
entreprises adhérentes

Près de
4,6 millions
de personnes protégées

2,5 milliards d'€
de cotisations santé brutes de réassurance



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

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



Retrouvez toutes
les agences sur
harmonie-mutuelle.fr



Contact :
0 980 980 018
(appel non surtaxé)



Site internet :
harmonie-mutuelle.fr

Votre ESPACE PERSO



Inscrivez-vous dès réception de votre carte de tiers payant

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

SUIVRE MES REMBOURSEMENTS

- Consultez vos derniers remboursements et relevés de santé.

TÉLÉCHARGER MA CARTE DE TIERS PAYANT

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

ACCÉDER À MES AVANTAGES

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

CONTACTER FACILEMENT MA MUTUELLE

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

Harmonie & Moi

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

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





Sommaire

» Votre complémentaire santé	p. 5
» Votre garantie	p. 8
» Vos remboursements	p. 11
» Vos avantages santé	p. 16
» Vos contacts	p. 21

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

QUI EST CONCERNÉ ?

Le contrat est à adhésion obligatoire pour l'ensemble des salariés de l'EFS qui bénéficie du contrat collectif et des prestations de la mutuelle.

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

- » votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- » vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS).
 - Agés de moins de 18 ans ;
 - Agés de moins de 27 ans :
 - En recherche d'un premier emploi et inscrits à Pôle Emploi ;
 - S'ils justifient de la poursuite de leurs études, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois.
- » vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), en situation de handicap, quel que soit leur âge sous réserve qu'ils soient titulaires d'une carte « mobilité-inclusion ».
- » les ascendants à charge fiscalement



MAINTIEN DES GARANTIES

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 (N° 89-1009), peuvent demander, auprès de la mutuelle, le maintien 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 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ;
- » les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois, à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 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.

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés peuvent demander le maintien de leur couverture santé en cas de cessation de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'Assurance chômage.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans l'établissement, sans pouvoir excéder 12 mois. Les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation, dans le cadre d'un système de mutualisation avec les cotisations des salariés adhérents au contrat.

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

COMMENT ADHÉRER ?

Rendez-vous sur le lien envoyé par e-mail	Vous pouvez commencer votre adhésion en créant votre espace réservé. Pour cela, il vous suffit de cliquer sur le lien dans l'e-mail reçu, bouton « Finaliser mon adhésion » et indiquez un mot de passe personnel. Vous accédez ensuite au formulaire d'adhésion en ligne.
01 Complétez votre profil	Vous complétez vos informations personnelles : adresse, téléphone, e-mail... et vous renseignez vos informations du régime Obligatoire : N° Sécurité sociale, Code organisme (présent sur votre attestation vitale).
02 Renseignez vos bénéficiaires	- Vous pouvez en ajouter en cliquant sur « Ajouter un bénéficiaire » - Ou passer à l'étape suivante en cliquant sur « Poursuivre sans bénéficiaire ».
03 Renseignez vos coordonnées bancaires	Complétez les coordonnées bancaires (IBAN et BIC) pour effectuer les prélèvements ou le versement des prestations.
04 Confirmez et signez votre contrat	2 étapes : « Relecture ». Validez les informations et signez électroniquement le contrat. « Confirmation ». Téléchargez le dossier d'affiliation.

» BESOIN D'AIDE ?

N'hésitez pas à contacter nos conseillers pour toutes questions sur votre adhésion en ligne.

Hotline Affiliation : 0 980 98 98 23

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

Vous pouvez télécharger et imprimer un duplicata de votre carte de tiers payant, que vous recevrez également par voie postale en double exemplaire.

Cette carte mentionne :

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

Pratique : depuis votre smartphone, affichez vos droits pour les présenter aux professionnels de santé.

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (suite)

JE CHANGE DE SITUATION, QUE DOIS-JE FAIRE ?

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

Pour cela, » Rendez-vous sur votre Espace perso sur **harmonie-mutuelle.fr**
ou sur votre appli mobile Harmonie & moi.

» Connectez-vous, puis cliquez sur Nous contacter.

» Selon le type de modification, cliquez sur la catégorie indiquée dans le tableau ci-dessous.

Modifications administratives

Votre évènement	Les étapes
État civil	Cliquez sur Modifier mes coordonnées personnelles puis sur Mon identité
Coordonnées (adresse, numéro de téléphone, e-mail)	Cliquez sur Modifier mes coordonnées personnelles puis sur Mes coordonnées
RIB pour le versement des prestations	Cliquez sur Envoyer un document
Changement de caisse de Régime Obligatoire	

Ajout / Arrivée

Votre évènement	Les étapes
Naissance / Adoption	Cliquez sur Modifier les informations de mon contrat puis sur Bénéficiaires associés
Ajout d'un nouvel ayant droit	
Mariage / PACS / Concubinage	
Enfant à charge jusqu'à 27 ans	Cliquez sur Envoyer un document

Radiation d'un ayant droit

Votre évènement	Les étapes
Adhésion à un contrat collectif obligatoire	Cliquez sur Envoyer un document
Divorce, séparation	
Attribution CMU	
Décès	

PRISE D'EFFET DE VOS MODIFICATIONS

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

VOTRE GARANTIE

Prestations en vigueur au 01/01/2021
Régime général

	MUTUELLE			TOTAL y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	

Soins courants

Soins médicaux et paramédicaux

Consultations, visites : généralistes

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

- Autres praticiens

Consultations, visites : spécialistes

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

- Autres praticiens

Consultations psychologues ^{(1) (2)}

Actes de sages-femmes

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

Ambulances, véhicules sanitaires légers...

⁽¹⁾ Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. ⁽²⁾ Plafond commun.

70 %	30 %	+ 30 %	130 %
70 %	30 %	+ 10 %	110 %
70 %	30 %	+ 140 %	240 %
70 %	30 %	+ 100 %	200 %
		35 €/séance	35 €/séance
70 %	30 %		100 %
60 %	40 %		100 %
65 %	35 %		100 %

Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)

SMR : Service Médical Rendu

Médicaments à SMR important

Médicaments à SMR modéré

Médicaments à SMR faible

65 %	35 %		100 %
30 %	70 %		100 %
15 %	85 %		100 %

Analyses et examens

Actes techniques médicaux et d'échographie

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

- Autres praticiens

Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

- Autres praticiens

Examens de laboratoires

Actes non remboursés par le régime obligatoire ⁽³⁾

⁽³⁾ Selon liste sur simple demande à la mutuelle.

70 %	30 %	+ 220 %	320 %
70 %	30 %	+ 100 %	200 %
70 %	30 %	+ 40 %	140 %
70 %	30 %	+ 20 %	120 %
60 %	40 %		100 %
		Oui	Oui

Appareillages et accessoires médicaux

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire

Achat véhicule pour personne handicapée physique

60 %	40 %	+ 190 %	290 %
100 %		+ 230 %	330 %

Aides auditives

Équipement 100 % Santé ^{(4) (5)}

Équipement à tarif libre ^{(4) (5)}

+ Forfait supplémentaire ^{(4) (5)}

Piles

⁽⁴⁾ 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. ⁽⁵⁾ Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

			100 % Santé
60 %	40 %	+ 190 %	290 %
		750 €/Appareil	750 €/Appareil
60 %	40 %		100 %

Cures thermales

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

+ Forfait supplémentaire

65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
		10 % PMSS	10 % PMSS

Hospitalisation

Frais de séjour

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

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

- Autres praticiens

Ambulances, véhicules sanitaires légers...

Forfait journalier hospitalier

Chambre particulière avec nuitée ^{(6) (7) (8)}

Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁹⁾

80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 250 %	350 %
80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
		Frais réels	Frais réels
		3 % du PMSS/Nuit	3 % du PMSS/Nuit
		3 % du PMSS/Jour	3 % du PMSS/Jour

VOTRE GARANTIE (suite)

Prestations en vigueur au 01/01/2021

Régime général

	MUTUELLE			TOTAL
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)

Hospitalisation (suite)

Frais d'accompagnant ⁽¹⁰⁾			1 % du PMSS/Jour	1 % du PMSS/Jour
--------------------------------------	--	--	------------------	------------------

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle, - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(6) Prise en charge limitée en chirurgie, médecine, convalescence, réadaptation et maternité (plafond commun) à 90 nuits par année civile et par bénéficiaire. **(7)** Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire. **(8)** Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. **(9)** 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. **(10)** Prise en charge limitée à 90 jours par année civile et par bénéficiaire.

Maternité

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée ^{(6) (8)}			3 % du PMSS/Nuit	3 % du PMSS/Nuit

(6) Prise en charge limitée en chirurgie, médecine, convalescence, réadaptation et maternité (plafond commun) à 90 nuits par année civile et par bénéficiaire. **(8)** Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

Optique

Équipement 100 % Santé ^{(5) (11) (12)}				
- Monture				100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
- Prestation d'appairage et supplément verres				100 % Santé
Équipement à tarif libre ^{(5) (11) (12) (13)}				
- Monture ⁽¹⁴⁾	60 %	100 € - RO		100 €
- Par verre dans le réseau KALIXIA ^{(15) (16)}				
- 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 %	4.25 % PMSS		60% + 4,25% PMSS
- Complexe	60 %	8 % PMSS		60% + 8% PMSS
- Très complexe	60 %	8 % PMSS		60% + 8% PMSS
- Supplément Verres avec filtre	60 %	40 %		100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	60 %	40 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 10 % PMSS/An		100 % + 10 % PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			10 % PMSS/An	10 % PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'œil			20 % PMSS/Ceil	20 % PMSS/Ceil

(5) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. **(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)** 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. **(13)** - **Verres simples** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - **Verres complexes** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est 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. **(14)** RO: Remboursement du Régime Obligatoire. **(15)** Remboursement assurant la prise en charge intégrale (PEC intégrale) de verres, amovibles 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. **(16)** Remboursement conditionné à la mise en œuvre 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.

Dentaire

Soins	70 %	30 %		100 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹⁷⁾				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽¹⁷⁾				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses fixes ⁽¹⁸⁾			275 %	275 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire Inlay-Core ⁽¹⁸⁾			175 %	175 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %

VOTRE GARANTIE (suite)

Prestations en vigueur au 01/01/2021

Régime général

Prestations en vigueur au 01/01/2021	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	MUTUELLE		TOTAL
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)
Dentaire (suite)				
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires ⁽¹⁸⁾			275 %	275 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses amovibles ⁽¹⁸⁾			275 %	275 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses fixes ⁽¹⁸⁾			275 %	275 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire Inlay-Core ⁽¹⁸⁾			175 %	175 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires ⁽¹⁸⁾			275 %	275 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses amovibles ⁽¹⁸⁾			275 %	275 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire ⁽¹⁹⁾			160 %	160 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 230 %	330 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire ⁽²⁰⁾			160 %	160 %
Implantologie ^{(21) (22)}			730 €/an	730 €/an
Parodontologie ^{(21) (23)}			300 €/An	300 €/An

Les remboursements de la mutuelle :

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),

- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.

⁽¹⁷⁾ Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. ⁽¹⁸⁾ Prise en charge limitée à 1419 € par année civile et par bénéficiaire. ⁽¹⁹⁾ Les 2^e et 3^e inters du bridge ne sont pas remboursables. ⁽²⁰⁾ Par semestre et par bénéficiaire. ⁽²¹⁾ Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). ⁽²²⁾ Par année civile et par bénéficiaire. ⁽²³⁾ Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).

Médecines complémentaires

Ostéopathie, Chiropractie ^{(1) (2) (21) (24)}			35 €/Séance	35 €/Séance
--	--	--	-------------	-------------

⁽¹⁾ Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. ⁽²⁾ Plafond commun ⁽²¹⁾ Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). ⁽²⁴⁾ 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.

Contraception féminine

Pilules, anneaux et patches contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) ⁽²¹⁾			2 % du PMSS/An	2 % du PMSS/An
--	--	--	----------------	----------------

⁽²¹⁾ Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

Prévention

Equilibre alimentaire - Diététique ^{(1) (21) (24)}			35 €/Séance	35 €/Séance
Vaccin anti-grippal ⁽²¹⁾			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) ^{(21) (25)}			75 €/An	75 €/An
Bilan de psychomotricité ^{(1) (2)}			35 €/séance	35 €/séance

⁽¹⁾ Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. ⁽²¹⁾ Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). ⁽²⁴⁾ 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. ⁽²⁵⁾ Sur prescription médicale. ⁽²⁾ Plafond commun

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.
- 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 (3428 € au 01/01/2020)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT 2021

RÉGIME GÉNÉRAL

EXEMPLE	Prix moyen praticué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'hono- raires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirur- gicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0 €		"Prix moyen national de l'acte Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou du Régime Local d'assurance maladie Alsace- Moselle."
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'hono- raires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirur- gicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0 €		"Prix moyen national de l'acte Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou du Régime Local d'assurance maladie Alsace- Moselle."
Chambre particulière (par jour)	60,00 €	0 €	60,00 €	0 €		
Optique						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équi- pement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente et plafond contrat responsable
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux hors réseau KALIXIA	345,00 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €	"Équipe- ment adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €"	Prix moyen national de l'acte
Lentilles jetables non prises en charge par la sécurité sociale (par an)	320,00 €	0 €	320,00 €	0 €		

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT 2021

RÉGIME GÉNÉRAL (suite)

Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70 €	84,00 €	396,00 €	58,70 €	Honoraire limite de facturation : 550 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	354,75 €	108,70 €		Prix moyen national de l'acte
Traitement orthodontique pris en charge par la sécurité sociale (par semestre)	900,00 €	193,50 €	445,05 €	261,45 €		
Autres						
Séance d'ostéopathie	60,00 €	0 €	35,00 €	25,00 €		
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €		Prix limite de vente et plafond contrat responsable
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	240,00 €	1 236,00 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Piles 13 (1 plaquette)	3,00 €	0,90 €	0,60 €	1,50 €	Remboursement sécurité sociale limité à 5 plaquettes/an (piles 13)	
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		"Tarif conventionnel Reste à charge : participation forfaitaire"
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	29,90 €	11,00 €		Prix moyen national de l'acte
Semelles orthopédiques (la paire)	125,00 €	17,32 €	66,38 €	41,30 €		

DÉTAIL DE VOS GARANTIES

L'engagement d'HARMONIE MUTUELLE

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

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

PARTICIPATION FORFAITAIRE ET FRANCHISES MÉDICALES

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

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

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

PRESTATIONS HORS PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

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



VOS REMBOURSEMENTS

LE TIERS PAYANT

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

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

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

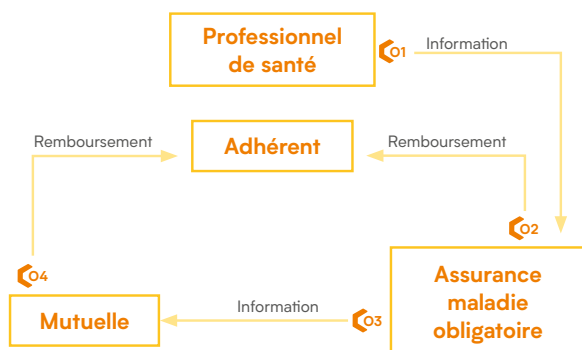
Dans la plupart des départements, le tiers payant est étendu aux radiologues, laboratoires, opticiens, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, transports sanitaires...

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



HORS TIERS PAYANT, les remboursements sont-ils automatiques ?

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



Les +
de la télétransmission

Simplification et économie :

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

Gain de temps :

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

LES ÉTAPES DU REMBOURSEMENT PAR TÉLÉTRANSMISSION

- 01 Le professionnel de santé que vous consultez transmet, pour vous, les informations concernant ses prestations à votre régime d'Assurance Maladie obligatoire.
- 02 03 Le régime obligatoire effectue son remboursement et transfère automatiquement ces données à Harmonie Mutuelle.
- 04 Harmonie Mutuelle vous verse alors les prestations prévues dans votre garantie.

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

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

VOS REMBOURSEMENTS (suite)

UTILISATION DE LA CARTE VITALE

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

Remboursements accélérés

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

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

LES DÉPENSES EN OPTIQUE ET DENTAIRE

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

Les avantages

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

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

REMBOURSEMENT DES FRAIS ANTÉRIEURS À L'ADHÉSION

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



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

Lexique

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

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

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

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

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

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

PACS : pacte civil de solidarité.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale.

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

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

VOS AVANTAGES SANTÉ

Pour rester en bonne *santé*

Prévention

La prévention, tout un programme avec Harmonie Mutuelle

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

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

harmonie-prevention.fr



Comportements favorables

Rester en bonne santé en adoptant les comportements favorables !

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

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

harmonie-prevention.fr



Questions de santé

Réponses d'experts

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

► N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

VOS AVANTAGES SANTÉ

Des soins de qualité à un coût *maîtrisé*



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

Optique

PRÈS DE 5 200 CENTRES D'OPTIQUE PARTENAIRES

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

Audio

PRÈS DE 3 500 CENTRES D'AUDIOPROTHÈSE PARTENAIRES

- Au moins 15 % de réduction sur le prix d'un appareillage complet, prêt à l'emploi, quel que soit l'équipement choisi.
- Garantie panne étendue à 4 ans au lieu de 2 ans.
- Accompagnement personnalisé pendant toute la durée de vie de l'équipement.
- Les parents de l'adhérent bénéficient des mêmes avantages (ascendants directs).

Dentaire

PLUS DE 3 300 CHIRURGIENS-DENTISTES ET ORTHODONTISTES PARTENAIRES

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



Ostéo

PRÈS DE 450 OSTÉOPATHES PARTENAIRES

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

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

VOS AVANTAGES SANTÉ

Des soins de qualité à un coût *maîtrisé*

Réseau de soins et de services de la Mutualité Française

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

» Des soins inédits à un coût maîtrisé.

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

Réseau de soins et de services de la mutuelle

Plus de

1 000 établissements

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

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

Le conventionnement hospitalier

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

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

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

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

Impossible de joindre votre médecin traitant ou un spécialiste ?

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

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

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

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

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

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

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

VOS AVANTAGES SANTÉ

être accompagné

au bon moment et dans toutes les circonstances



L'assistance, un vrai soutien

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

Une assistance santé

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

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

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

Une assistance complémentaire pour les personnes en situation de handicap

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

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

Une assistance à l'étranger

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

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

Un service d'informations et de conseils

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

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

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

► N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

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

VOS AVANTAGES SANTÉ

être accompagné

au bon moment et dans toutes les circonstances

La protection juridique santé

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

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

Les services à la personne : un plus au quotidien

Harmonie Mutuelle renforce ses services d'aide à domicile :

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

Le service d'action sociale d'Harmonie Mutuelle

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

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

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



Pour accéder à ces services et en savoir +

► N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

Essentiel Santé Magazine

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

Découvrez le blog "Essentiel Santé Magazine"

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



À CHACUN DE VOS BESOINS

*Un moyen adapté
pour nous contacter*

◀ Votre correspondant dans l'entreprise pour :

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

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

◀ Sur Internet **harmonie-mutuelle.fr**

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



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

◀ Par téléphone **0 980 980 018** (appel non surtaxé)

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

Ouverture du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 30
Et le samedi de 8 h 30 à 12 h

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

Votre centre de gestion

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

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

VIVOPTIM SOLUTIONS enregistrée au RCS de Paris sous le n° SIREN 840 628 895 dont le siège social est situé 3 square Max Hymans - 75748 Paris Cedex 15.

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

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

Les garanties de protection juridique sont assurées par CFDP Assurances.
Siège social : Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 Lyon. Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, Entreprise régie par le Code des Assurances. RCS Lyon 958 506 156 B. Numéro LEI 969500ZWOLFQF852NM39.

Harmonie Santé Services est assuré par RMA, union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682.
Numéro LEI 969500YZ86NRBOATRB28. Siège social : 46 Rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou Cedex.

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



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

