



## Guide de l'adhérent 2019

Complémentaire santé groupe

# IRSN

À destination des salariés en activité

**IRSN**  
INSTITUT  
DE RADIOPROTECTION  
ET DE SÛRETÉ NUCLÉAIRE



**Harmonie  
mutuelle**

GRUPE **vyv**

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

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

## Être adhérent **Harmonie Mutuelle**, c'est s'appuyer sur la force d'un **leader national...**

### **1<sup>er</sup> partenaire santé des entreprises**

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

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

En agence, par téléphone ou sur internet, nos conseillers sont à votre écoute pour apporter une réponse rapide et de qualité à toutes vos questions.



Retrouvez toutes les agences sur  
[harmonie-mutuelle.fr](https://www.harmonie-mutuelle.fr)



Contact :  
**0 980 980 018** (appel non surtaxé)



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

## Sommaire

- Votre complémentaire santé p. 4
- Votre garantie p. 6
- Vos remboursements p. 10
- Vos avantages santé p. 12
- Essentiel Santé Magazine p. 16
- Vos contacts p. 20



## Inscrivez-vous dès réception de votre carte de tiers payant

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

## Votre Espace perso

Accessible dès réception de votre carte de tiers payant, votre espace réservé est totalement sécurisé et disponible sur [harmonie-mutuelle.fr](http://harmonie-mutuelle.fr)



### Suivre mes remboursements en un clic

- Consultez vos derniers remboursements et relevés de santé.



### Télécharger ma carte mutualiste

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



### Accéder à mes avantages

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



### Contactez facilement ma mutuelle

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



## Harmonie & Moi

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

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

Téléchargez notre application Harmonie Mutuelle



# Votre complémentaire santé

## Bénéficiaires

Sont bénéficiaires de ce régime les salariés, les retraités de l'IRSN, et leurs ayants droit dans les conditions d'adhésion définies ci-dessous. L'adhésion à ce régime s'effectue sans délai de carence.

### Bénéficiaires du régime au titre des actifs

#### Les salariés

Le régime frais de santé est à adhésion obligatoire. Il s'applique à l'ensemble des salariés ayant un contrat de travail de droit privé avec l'IRSN ainsi qu'aux salariés dont le contrat de travail est suspendu pour une durée n'excédant pas un mois et, au-delà, pour toute la période durant laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par l'IRSN.

#### Leurs ayants droit

Sont également bénéficiaires de ce régime, les personnes considérées comme ayants droit du salarié sous réserve de conditions de ressources nettes constatées sur les six derniers mois, inférieures à deux tiers du SMIC :

- les conjoints, co-contractants d'un PACS, ou concubins à charge ;
- les enfants à charge :
  - étudiants âgés de moins de 29 ans ;
  - en apprentissage de moins de 25 ans ;
  - rattachés au foyer au sens de la Sécurité sociale, âgés de moins de 29 ans ;
  - handicapés célibataires ou veufs, quel que soit leur âge ;
- les conjoints des enfants à charge ;
- les ascendants à charge au sens de la Sécurité sociale ;
- les petits enfants à charge de l'adhérent au sens de la Sécurité sociale ;
- les enfants des enfants, ayants droit de l'adhérent au sens de la Sécurité sociale ;
- les conjoints séparés de droit, ou divorcés non remariés, ou concubins, ou co-contractants séparés, tant qu'ils bénéficient des droits de la Sécurité sociale sous le numéro de l'adhérent affilié au régime des actifs.

### Bénéficiaires du régime au titre des retraités

Le régime est ouvert aux personnes dont l'IRSN a été le dernier employeur, **qui sont parties en retraite au plus tard le 30 juin 2009** et qui étaient adhérentes au régime frais de santé à titre obligatoire, ainsi qu'à leurs ayants droit à charge au sens de la Sécurité sociale, sous réserve que les intéressés aient fait la demande de leur maintien de couverture dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail.

Les retraités dont l'IRSN a été le dernier employeur dont le départ est intervenu à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017 et qui étaient adhérents au régime frais de santé à titre obligatoire lorsqu'ils étaient en activité ainsi que leurs ayants droit à charge au sens de la Sécurité sociale peuvent, s'ils le souhaitent, bénéficier du maintien de leur régime frais de santé ou opter pour une garantie proposée à titre individuel par Harmonie Mutualité.

Le décret n°2017-372 du 21 mars 2017 prévoit un plafonnement des tarifs, échelonné sur 3 ans.

### Prise d'effet des garanties

Les garanties sont en vigueur :

- à compter de la prise d'effet du contrat pour les salariés présents dans l'entreprise à cette date ;
- à compter de la date d'embauche ou d'entrée dans la catégorie concernée, pour les salariés recrutés ou nommés postérieurement.

Les prestations sont servies dès lors que la date des soins est postérieure à la prise d'effet des garanties. Si l'adhérent adhère ultérieurement au contrat collectif, son affiliation prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois de la réception de la demande. Ses droits et, le cas échéant, ceux de ses ayants droit, sont ouverts à cette date.



# Votre complémentaire santé (suite)

## Adhésion

### L'adhésion au régime frais de santé

En tant que salarié de l'IRSN, vous êtes affilié à titre obligatoire au régime frais de santé d'Harmonie Mutuelle.

Ce régime est également ouvert à titre facultatif aux personnes parties en retraite au plus tard le 30 juin 2009 qui étaient adhérentes au régime frais de santé à titre obligatoire lorsqu'elles étaient en activité. Deux bulletins d'adhésion ont été prévus pour l'affiliation de chacune des catégories de bénéficiaires (actifs, retraités).

- Remplir selon les cas le ou les bulletins d'adhésion concernés, le(s) dater et le(s) signer.
- Faire compléter le mandat de prélèvement SEPA par la personne adhérent au régime des retraités.
- Joindre les pièces justificatives suivantes :
  - La photocopie de votre attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (attestation Vitale) qui vous a été délivrée par votre centre de Sécurité sociale et, le cas échéant, celle de vos ayants droit.
  - Un relevé d'identité bancaire (RIB) afin de recevoir les remboursements sur votre compte bancaire.
  - Pour les ayants droit du salarié qui souhaitent bénéficier du régime des actifs : fournir une déclaration sur l'honneur attestant que les revenus salariaux (perçus par le conjoint, ou le concubin, ou le cocontractant d'un PACS, ou les enfants) sont inférieurs à 2/3 du Smic. Harmonie Mutuelle se réserve le droit de demander les justificatifs correspondants (photocopies des 6 derniers bulletins de salaire).
  - Les photocopies des justificatifs de la situation de vos enfants à charge (certificat de scolarité, carte d'étudiant, contrat d'apprentissage, carte d'invalidité adulte handicapé...)

### Retour des documents d'adhésion :

- Régime des actifs, à votre gestionnaire ressources humaines :
  - à DRH/BRHS à Cadarache, pour la zone sud (Agen, Avignon, Cadarache, Octeville, Pierrelatte, La Seyne/Mer).
  - à DRH/SGPR à Fontenay-aux-Roses, pour la zone nord (Fontenay-aux-Roses, Saclay, Le Vésinet).
- Régime des retraités, à Harmonie Mutuelle.

## Le paiement de la cotisation

- Si vous êtes salarié de l'IRSN, votre cotisation sera prélevée mensuellement sur votre bulletin de paie.
- Les bénéficiaires du régime des retraités devront régler leur cotisation directement à Harmonie Mutuelle, par prélèvement automatique sur leur compte bancaire.

## Changement de situation

Afin de suivre au mieux votre dossier, il convient de signaler à votre mutuelle :

- un changement d'adresse ou un changement de RIB ;
- un changement de situation familiale (mariage, naissance, séparation, décès) ;
- un changement de la situation de vos ayants droit (changement de régime obligatoire).

## Prise d'effet de vos modifications

Les modifications prennent effet le 1<sup>er</sup> 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.

## Portabilité des droits

**Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage.** En application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 modifié par avenant n°3 du 18 mai 2009, les salariés dont la rupture du contrat de travail (hors faute lourde) ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage peuvent demander à bénéficier du maintien du présent régime.

Les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au contrat durant le temps de leur droit à portabilité. Leur garantie est maintenue dans le cadre d'un système de mutualisation avec les cotisations des salariés adhérents au contrat.

**Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014** et conformément aux dispositions de l'article 911-8 du Code de la Sécurité sociale (loi N° 2013-054 du 14 juin 2013), la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et ce dans une limite maximale de 12 mois. **Passée cette période, les anciens salariés peuvent demander le maintien des garanties dans le cadre de la loi Evin présentée ci-dessous.**

## 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 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 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.

# Votre garantie

Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019

Régime général

## 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

Actes de sages-femmes

Consultations psychologues <sup>(1)(2)</sup>

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

Ambulances, véhicules sanitaires légers...

<sup>(1)</sup> Prise en charge limitée à 2 séances par année civile et par bénéficiaire.

<sup>(2)</sup> Prise en charge également des orthoptistes non conventionnés.

## Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)

Médicaments à SMR important

Médicaments à SMR modéré

Médicaments à SMR faible

## Analyses et examens

Actes techniques médicaux et d'échographie

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

- Autres praticiens

Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

- Autres praticiens

Examens de laboratoires

## Appareillages et Accessoires médicaux

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire

Prothèses auditives

+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives

Achat véhicule pour personne handicapée physique

## Cures thermales

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

+ Forfait supplémentaire

## Hospitalisation

Frais de séjour

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

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

- Autres praticiens

Ambulances, véhicules sanitaires légers...

Forfait journalier hospitalier

Chambre particulière avec nuitée <sup>(3)(4)</sup>

Chambre particulière en ambulatoire <sup>(5)</sup>

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

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants

- cures médicales en établissements de personnes âgées,

- ateliers thérapeutiques,

- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,

- centres de rééducation professionnelle

- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

<sup>(3)</sup> Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

<sup>(4)</sup> Psychiatrie : prise en charge limitée à 45 nuits par année civile et par bénéficiaire.

<sup>(5)</sup> 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.

## Maternité

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

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

- Autres praticiens

Chambre particulière avec nuitée <sup>(3)</sup>

<sup>(3)</sup> Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

Régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
70 %	30 %	+ 70 %	170 %
70 %	30 %	+ 50 %	150 %
70 %	30 %	+ 120 %	220 %
70 %	30 %	+ 100 %	200 %
70 %	30 %	25 € / Séance	100 %
60 %	40 %		25 € / Séance
65 %	35 %		100 %
65 %	35 %		100 %
30 %	70 %		100 %
15 %	85 %		100 %
70 %	30 %	+ 120 %	220 %
70 %	30 %	+ 100 %	200 %
70 %	30 %	+ 120 %	220 %
70 %	30 %	+ 100 %	200 %
60 %	40 %		100 %
60 %	40 %	+ 200 %	300 %
60 %	40 %	+ 200 %	300 %
100 %		400 € / An + 200 %	400 € / An 300 %
65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	15 % du PMSS	100 % 15 % du PMSS
80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		100 %
80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
		Frais réels 100 € / Nuit 15 € / Jour 30 € / Jour	Frais réels 100 € / Nuit 15 € / Jour 30 € / Jour
100 %		+ 150 %	250 %
100 %		+ 100 %	200 %
		100 € / Nuit	100 € / Nuit

# Votre garantie (suite)

Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019

Régime général

## Optique

### Enfant (moins de 18 ans) <sup>(6)</sup>

Monture

Par verre dans le réseau KALIVIA <sup>(7)(8)</sup>

- Simple

- Complexe

- Très complexe

Par verre hors réseau

- Simple

- Complexe

- Très complexe

### Adulte (18 ans et plus) <sup>(6)</sup>

Monture

Par verre dans le réseau KALIVIA <sup>(7)(8)</sup>

- Simple

- Complexe

- Très complexe

Par verre hors réseau

- Simple

- Complexe

- Très complexe

Lentilles acceptées par le régime obligatoire

Lentilles refusées par le régime obligatoire

Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil

<sup>(6)</sup> 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.

<sup>(7)</sup> 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<sup>e</sup> 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.

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

## Dentaire

Soins

Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire <sup>(9)</sup>

- Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, prémolaires) <sup>(10)</sup>

- Prothèses type céramique sur molaires et prothèses métal sur toutes dents

- Inlays-Core

Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire <sup>(11)</sup>

Prothèses fixes transitoires sur dent naturelle

Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire

Orthodontie refusée par le régime obligatoire

Implantologie <sup>(12)</sup>

Parodontologie <sup>(13)</sup>

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.

<sup>(9)</sup> Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM.

<sup>(10)</sup> Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux.

<sup>(11)</sup> Les 2<sup>e</sup>me et 3<sup>e</sup>me inters du bridge ne sont pas remboursables.

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

<sup>(13)</sup> Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS.

Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
60 %		115 €	60 % + 115 €
60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
60 %		90 €	60 % + 90 €
60 %		120 €	60 % + 120 €
60 %		120 €	60 % + 120 €
60 %		145 €	60 % + 145 €
60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
60 %		PEC intégrale	PEC intégrale
60 %		130 €	60 % + 130 €
60 %		265 €	60 % + 265 €
60 %		265 €	60 % + 265 €
60 %		40 % + 300 € / An	100%+300€/An
		300 € / An	300 € / An
		750 € / Œil	750 € / Œil
70 %	30 %		100 %
70 %	30 %	+ 550 €	650 %
70 %	30 %	+ 300 €	400 %
70 %	30 %	+ 550 €	650 %
		300 €	300 €
		60 €	60 €
70 %	30 %	+ 450 €	550 %
70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 250 €	350 %
		325 € / An	325 € / An
		500 € / An	500 € / An
		325 € / An	325 € / An

# Votre garantie (suite)

## Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019

### Régime général

#### Médecines complémentaires

Ostéopathie et Microkinésithérapie<sup>(14)</sup>

*(14) Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire.*

#### Contraception féminine

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

#### Prévention

Equilibre alimentaire - Diététique<sup>(15)</sup>

Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)<sup>(12)</sup>

Vie sans tabac - Sevrage tabagique<sup>(16)</sup>

Vaccin anti-grippal<sup>(12)</sup>

Autres vaccins (selon liste)<sup>(12)</sup>

Séances de psychomotricité<sup>(1)(12)</sup>

*(15) Prise en charge de 25 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.*

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

*(16) Prise en charge des substituts nicotiques et/ou consultation cognito-comportementale, sur prescription médicale. Après intervention du Régime Obligatoire.*

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

#### Harmonie Santé Services

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

Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement mutuelle		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
		25 € / Séance	<b>25 € / Séance</b>
		25 € / An	<b>25 € / An</b>
		50 € / An	<b>50 € / An</b>
		40 € / An	<b>40 € / An</b>
		50 € / An	<b>50 € / An</b>
		Frais réels	<b>Frais réels</b>
		25 € / An	<b>25 € / An</b>
		25 € / Séance	<b>25 € / Séance</b>
		Oui	<b>Oui</b>

#### \* CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.

- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),

- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'hc noraires.

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

**PMSS**: plafond mensuel de la Sécurité sociale, réévalué chaque année (3 377 € en 2019)

# Détail de vos garanties

## L'engagement d'Harmonie Mutuelle

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

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

## Participation forfaitaire et franchises médicales

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

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

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

## Prestations hors parcours de soins coordonnés

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



# Vos remboursements



## Le tiers payant

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

Votre carte mutualiste **vous permet de bénéficier du tiers payant et de ne plus avancer le paiement :**

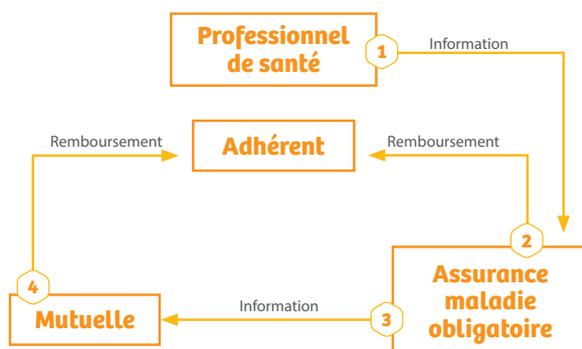
- des médicaments prescrits sur ordonnance et remboursés par l'Assurance Maladie,
- des dépenses dans les établissements hospitaliers et cliniques conventionnés.

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

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

## Hors tiers payant, les remboursements sont-ils automatiques ?

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



### Les + de la télétransmission

#### Simplification et économie :

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

#### Gain de temps :

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

## Les étapes du remboursement par télétransmission

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

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

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

# Vos remboursements (suite)

## Utilisation de la carte Vitale

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

## Remboursements accélérés

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

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

## Remboursement des frais antérieurs à l'adhésion

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

## Les dépenses en optique et dentaire

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

## Les avantages

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

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

### À SAVOIR



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

## Lexique

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

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

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

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

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

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

**PACS** : pacte civil de solidarité.

**PMSS** : plafond mensuel de la Sécurité sociale.

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

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

# Vos avantages santé

## Pour rester en bonne santé



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

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

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

[guide-sante-connectee.fr](http://guide-sante-connectee.fr)



### La prévention tout un programme avec Harmonie Mutuelle

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

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

[harmonie-prevention.fr](http://harmonie-prevention.fr)



### Rester en bonne santé en adoptant les comportements favorables !

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

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

[harmonie-prevention.fr](http://harmonie-prevention.fr)



### Des réponses d'experts à vos questions de santé

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

▶ **N°Cristal** 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

**avantages**  
**Harmonie**

### Le Bien-être et les loisirs

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

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

[avantages-harmonie.fr](http://avantages-harmonie.fr)

# Vos avantages santé

## Des soins de qualité à un coût maîtrisé



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

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

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

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

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

### **Kalivia Dentaire : près de 3 000 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires**

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



### **Kalixia ostéo : près de 400 ostéopathes partenaires**

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

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

# Vos avantages santé

## Des soins de qualité à un coût maîtrisé (suite)



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

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

- Des soins inédits à un coût maîtrisé.

*Ces établissements sont répertoriés par zone géographique sur le site [mutualite.fr](http://mutualite.fr)*



### Un réseau de plus de 1 000 établissements de soins et de services

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

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



### Le conventionnement hospitalier

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

- Dans ces établissements, vous bénéficiez de la dispense d'avance de frais.
- Ces hôpitaux et cliniques, reconnus pour la qualité de leurs soins, s'engagent à modérer le coût des dépassements d'honoraires et des chambres particulières.
- Selon votre garantie, Harmonie Mutuelle prend en charge l'intégralité de la chambre particulière.

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



### Impossible de joindre son médecin traitant ou un spécialiste ?

**Avec la téléconsultation 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.

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

Le nombre de téléconsultation n'est pas limité par bénéficiaire.

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

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

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

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

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

*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

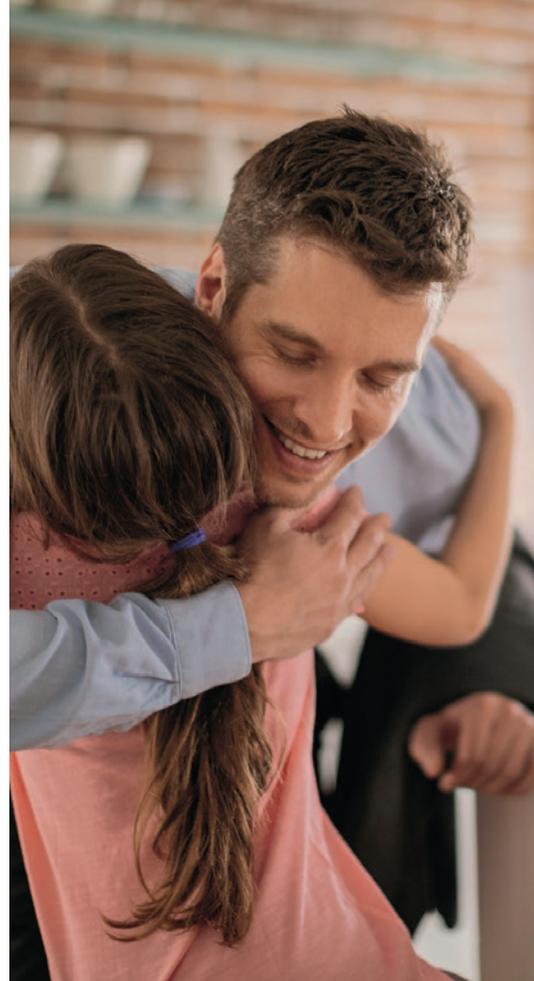
Valable lors de séjours privés ou professionnels de moins de 31 jours consécutifs, en cas d'accident, de maladie soudaine, de blessure ou d'hospitalisation imprévue à l'étranger (service téléphonique disponible 24h/24, 7J/7) :

- 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



## 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.



# Garanties d'assistance Harmonie Santé Services

Résumé de la Notice d'Information Harmonie Santé Services 2018

## Assistance à domicile en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM\*\*, pour l'assistance de tous les jours ;
- pour tout déplacement\* en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM\*\* (au-delà de 50 km du domicile, pour la prestation « Transfert médical ») ;
- dans le monde entier pour l'assistance à l'étranger.



## Écoute - Informations - Conseil - Orientation

### Conseil social / Orientation

Un travailleur social vous délivre des informations sur les aides existantes dans le cadre d'actions sanitaires et sociales (la famille, la maternité, l'emploi, le logement,...), du handicap (les aides, le statut, le droit des personnes,...) ainsi que les démarches à effectuer.

### Soutien psychologique par téléphone dans le cadre d'une situation liée à l'état de santé, à la vie professionnelle, ainsi que l'aide aux aidants

Service d'écoute et de soutien, en cas de pathologies lourdes et prévention contre l'isolement, assuré par un psychologue clinicien diplômé, procurant ainsi un espace de parole gratuit et confidentiel (10 entretiens maximum/année civile).

### Appels de convivialité

Entretiens animés par un écoutant social pour rompre l'isolement et faciliter la restauration d'une vie sociale ; création d'un cadre d'échange bienveillant en s'appuyant sur les centres d'intérêt du bénéficiaire (10 entretiens maximum/année civile).

### Informations médicales

Contact confidentiel avec un médecin pour une demande d'avis médical, d'explications (ne remplace pas une consultation).

### Services à la personne

Dans le cadre d'une problématique de santé, les coordonnées de prestataires de services vous sont communiquées.

### Informations sociales, juridiques

Aide et conseils par téléphone sur diverses thématiques telles que réglementaires (habitat, justice, assurances sociales, fiscalité...) et pratiques (consommation, vacances, permis...).

## Prestations d'assistance santé

Les prestations mises en place et leur durée sont déterminées par Harmonie Santé Services. Vous pouvez bénéficier des garanties d'assistance après chaque évènement déclencheur.

### → Concernant tous les bénéficiaires (inscrits sur le bulletin d'adhésion)

- En cas d'hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 24 heures, d'immobilisation de plus de 5 jours suite à hospitalisation en ambulatoire et sans soutien de proximité, d'hospitalisation maternité de plus de 5 jours, d'accouchement par césarienne ou de naissances multiples.  
Une prestation au choix :

### Aide à domicile

Organisation et prise en charge à concurrence d'un maximum de 6 heures d'intervention (ménage, courses, repas...). Cette aide pourra être portée à un maximum de 10 heures si vous vivez seul, si votre conjoint est handicapé ou dépendant (1) ou si vous avez la charge d'enfant(s) de moins de 10 ans ou d'enfant(s) handicapé(s)(1).

### Prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, mise en place et prise en charge (sur justificatif) d'une autre prestation en substitution (livraison de courses alimentaires, portage de repas, entretien du linge, séances de coiffure ou de pédicure à domicile, séances de coaching santé ou nutrition), à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile.

### Garde des enfants de moins de 16 ans

Organisation et prise en charge de la garde des enfants au domicile (maxi 8 heures / jour pendant 5 jours maximum) et possibilité d'assurer le transport scolaire aller/retour, **ou** organisation et prise en charge du transport chez un proche(2), **ou** d'un proche(2) jusqu'au domicile.

### Garde des personnes dépendantes vivant au domicile de l'adhérent

Organisation et prise en charge de la garde des personnes au domicile (maxi 8 heures / jour pendant 5 jours maximum), **ou** organisation et prise en charge du transport chez un proche(2), **ou** d'un proche jusqu'au domicile.

## Prestations d'assistance santé (suite)

<b>Garde d'animaux familiers (chien et chat)</b>	Prise en charge du gardiennage des animaux dans un centre agréé (maximum 30 jours et dans la limite de 300 € TTC).
<b>Téléassistance</b>	Organisation de la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prise en charge des frais d'abonnement pour une durée de 3 mois maximum. L'équipe de travailleurs sociaux d'Harmonie Santé Services aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.
<b>Présence d'un proche au chevet</b>	Organisation du transport d'un proche jusqu'au domicile du bénéficiaire ainsi que la réservation d'un hébergement si besoin. <b>Les frais sont à la charge du proche.</b>
<b>● En cas de traitement anticancéreux (chimiothérapie, radiothérapie).</b>	
<b>Aide à domicile</b>	En cas de traitement anticancéreux (chimiothérapie, radiothérapie) : 2 heures d'aide pendant 2 jours dans les 15 jours qui suivent chaque séance et dans la limite d'un forfait de 24 heures sur 12 mois. Y compris chimiothérapie à domicile.
<b>● En cas d'hospitalisation imprévue lors d'un déplacement<sup>(2)</sup> à plus de 50 km du domicile</b>	
<b>Accompagnement</b>	<b>Conseil médical en cas de maladie, d'accident ou de blessure</b> Consultation ou avis donné par l'un des médecins de l'équipe médicale d'Harmonie Santé Services à un bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement.
<b>Transfert médical</b>	Le médecin d'Harmonie Santé Services peut proposer le transfert vers un centre de soins mieux adapté, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient.
<b>● En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 km</b>	
<b>Déplacement et hébergement d'un proche</b>	En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM** à plus de 50 km du domicile, organisation et prise en charge de la venue d'un proche (transport aller/retour et frais d'hôtel à hauteur de 5 nuits maximum / 75 € TTC par nuit - frais de restauration exclus).
<b>● En cas d'immobilisation imprévue au domicile et sans soutien de proximité possible</b>	
<b>Portage de médicaments ou accompagnement aux courses</b>	Organisation et prise en charge de l'acheminement des médicaments prescrits par le médecin (maximum 3 portages) <b>ou</b> accompagnement aux courses. Les courses sont à la charge du bénéficiaire.
<b>→ Concernant les enfants de moins de 16 ans (inscrits sur le bulletin d'adhésion)</b>	
<b>● En cas d'enfant bénéficiaire, malade ou blessé à son domicile</b>	
<b>Garde d'enfant</b>	Organisation et prise en charge de la garde des enfants au domicile (maxi 8 heures / jour pendant 5 jours ouvrables maximum), <b>ou</b> organisation et prise en charge du transport d'un proche jusqu'au domicile.
<b>Ecole à domicile</b>	Si votre enfant est immobilisé, sur décision du médecin traitant, à domicile ou en milieu hospitalier plus de 15 jours suite à accident ou maladie, prise en charge d'un répétiteur scolaire dans la limite d'un maximum de 10 heures / semaine pendant la durée effective de l'année scolaire (2 heures minimum par déplacement).

## Prestations d'assistance aux personnes handicapées <sup>(1)</sup>

<b>● En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'hospitalisation maternité du bénéficiaire handicapé inscrit sur le bulletin d'adhésion</b>	
<b>Prise en charge du transfert et de la garde du chien</b>	Organisation et prise en charge du gardiennage du chien guide du bénéficiaire handicapé visuel ou moteur pendant 30 jours maximum dans un centre agréé.
<b>Aide à la maternité</b>	Un(e) auxiliaire de puériculture vous accompagne dans l'apprentissage des premiers gestes (8 heures maximum dans le mois suivant la naissance) au domicile.
<b>● En cas d'accident ou de maladie soudaine de l'aidant du bénéficiaire handicapé inscrit au bulletin d'adhésion</b>	
<b>Aide aux démarches administratives</b>	Organisation et prise en charge de la venue d'une aide 8 heures maximum pendant l'indisponibilité de l'aidant hospitalisé pendant plus de 24 heures ou immobilisé pendant plus de 2 jours sur justificatifs.
<b>● Aide aux déplacements du bénéficiaire handicapé inscrit au bulletin d'adhésion</b>	
<b>Mise à disposition d'un accompagnateur ou auxiliaire d'intégration sociale</b>	En cas de déménagement ou de changement de travail pour l'apprentissage du nouveau trajet et du nouvel environnement, maximum 8 heures dans le mois qui suit l'événement.
<b>Accompagnement pour examens médicaux</b>	Mise à disposition d'un accompagnant, maximum 6 heures une fois par mois, et à moins de 50 km du domicile.
<b>Organisation voyage</b>	Mise en relation avec un opérateur pour préparer un itinéraire et l'accessibilité.

## Prestations d'assistance à l'étranger

→ Concernant tous les bénéficiaires inscrits sur le bulletin d'adhésion, dans le cadre de séjours privés ou professionnels de moins de 31 jours consécutifs

<b>Service d'informations et de prévention médicale</b>	Des médecins répondent à toute question liée à la santé avant et pendant le voyage du bénéficiaire (réseaux médicaux, modalités de soins, vaccinations, pathologies, hygiène). Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, en aucun cas, il ne peut se substituer à une consultation médicale sur place.
<b>Accompagnement et écoute au cours d'une hospitalisation à l'étranger</b>	Mobilisation des médecins d'Harmonie Santé Services pour apporter soutien au bénéficiaire ainsi qu'à sa famille et donner toutes les informations nécessaires sur les démarches thérapeutiques envisagées par le médecin en charge. De plus, si la situation le nécessite (situation de crise, victimologie ou traumatologie), un service d'écoute est mis à la disposition du bénéficiaire ainsi que de sa famille avec une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue clinicien diplômé.
<b>Présence d'un proche</b>	En cas d'hospitalisation à l'étranger de plus de 10 jours et en l'absence sur place d'un membre de la famille, organisation et prise en charge de la venue d'un proche (transport aller/retour et frais d'hébergement pendant 10 nuits maximum / 75 € TTC par nuit).
<b>Rapatriement sanitaire</b>	Conseil médical en cas de maladie, blessure, accident ou hospitalisation imprévu et prise en charge du transfert vers un établissement de soins mieux adapté <b>ou</b> rapatriement sanitaire selon la décision des médecins d'Harmonie Santé Services.
<b>Prise en charge des frais de prolongation de séjour</b>	Prise en charge des frais de prolongation de séjour à l'étranger du bénéficiaire jusqu'à concurrence de 75€ TTC par nuit, dans la limite de 10 nuits maximum, en cas de séjour prolongé pour raisons médicales avérées, sans hospitalisation, suite à accident, blessure ou maladie du bénéficiaire.
<b>Retour des bénéficiaires et des animaux familiers</b>	Organisation et prise en charge du retour des bénéficiaires se trouvant sur place vers leur lieu de résidence habituelle s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus ainsi que le retour des animaux familiers voyageant avec ces bénéficiaires.
<b>Transmission du dossier médical</b>	Collecte des données médicales relatives aux soins à l'étranger et transmission au médecin traitant du bénéficiaire.
<b>Frais médicaux à l'étranger</b>	Avance <b>ou</b> remboursement des frais médicaux à l'étranger sur ordonnance médicale, à la suite de maladie, blessure, accident ou hospitalisation imprévu, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale et après intervention de celle-ci. Plafond : 76 000 € TTC sans franchise pour les honoraires médicaux, frais d'hospitalisation et frais chirurgicaux imprévus ou 160 € TTC pour les urgences dentaires. Une avance est possible sur les frais d'hospitalisation dans les conditions prévues dans la notice d'information.
<b>Mise à disposition d'un médecin sur place</b>	Durant un séjour à l'étranger, l'adhérent peut être dirigé vers un médecin désigné par Harmonie Santé Services dans la région où il se trouve.
<b>Remboursement des frais téléphoniques</b>	Possibilité de rembourser à concurrence de 100 € par demande, seuls les appels téléphoniques de l'adhérent à destination ou provenant d'Harmonie Santé Services sur présentation de la facture détaillée originale de l'opérateur téléphonique.

**Pour les modalités d'application et de mise en œuvre, veuillez contacter Harmonie Santé Services.**

**Les prestations mises en place et leur durée sont déterminées par Harmonie Santé Services.**

**N'engagez surtout aucun frais sans accord préalable. En effet, dans ce cas, ces derniers ne seraient pas remboursés.**

Toute demande d'assistance en France doit être formulée par téléphone **au maximum dans les 10 jours** qui suivent la date de survenue du fait générateur. Toute demande d'assistance à l'étranger doit être formulée par téléphone **dans les 48 heures**.  
Pour plus de détails, se reporter à la notice d'information Harmonie Santé Services.

# 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.



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

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

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

#### Le saviez-vous ?

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



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

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



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



### Par courrier

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

### Votre centre de gestion

Harmonie Mutuelle  
TSA 90130  
37049 TOURS

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

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

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

Les garanties de protection juridique sont assurées par **CFDP Assurances**.

Siège social : Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 Lyon. Société Anonyme au capital de 1 692 240 €. Entreprise régie par le Code des Assurances. RCS Lyon 958 506 156 B. Numéro LEI 969500ZW0FLQF852NM39.

**Harmonie Santé Services** est assuré par **Ressources Mutuelles Assistance**, Union d'Assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, Numéro LEI 969500YZ86NRBOATR28  
Siège social : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

**Harmonie Mutuelle**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI 969500JLUSZH89G4TD57.  
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



**Harmonie  
mutuelle**

GRUPE **vyv**

