

DÉPARTEMENT DE LOIRE-ATLANTIQUE
Arrondissement de Nantes



13, rue des Ajoncs
44190 CLISSON

EXTRAIT DU REGISTRE DES DÉCISIONS

Année 2023

Décision du 3 janvier 2024

01.2024-04	RESSOURCES HUMAINES Marché sans publicité ni mise en concurrence préalable : avenant n°1 au contrat Collectif d'Assurance de Frais de Santé avec Harmonie Mutuelle pour les agents de droit privé de Clisson Sèvre et Maine Agglo
------------	--

VU l'article L. 5211-10 du Code général des collectivités territoriales,

VU l'article R.2122-8 du Code de la Commande Publique,

VU la délibération n°26.09.2023-18 du Conseil communautaire en date du 26 septembre 2023 portant délégation d'attributions du Conseil communautaire au Président,

VU la délibération du conseil communautaire n°04.07.2017-15 du 4 juillet 2017 portant adoption d'un régime complémentaire de frais de santé collectifs obligatoire actant le transfert du contrat N°SYM-100652 à Clisson Sèvre et Maine Agglo et extension à l'ensemble des agents de droit privé,

Considérant que, suite à cette délibération du 4 juillet 2017, CSMA a conclu un contrat collectif société HARMONIE MUTUELLE, sise 143 rue Blomet 75015 PARIS, qui disposait des compétences et garanties requises pour assurer la prestation demandée,

Considérant que le contrat de base a été conclu aux conditions suivantes :

→ Contrat n°SYM-100652 : couverture des agents de droit privé, représentant une cotisation mensuelle individuelle de 46.27 € avec une participation de la collectivité à hauteur de 50% soit 23.14 €

Considérant le projet d'avenant n°1 au contrat n°SYM-100652 transmis par Harmonie Mutuelle, avec effet au 1^{er} janvier 2024 selon les modalités suivantes :

→ Augmentation de la cotisation individuelle mensuelle à hauteur de 54.45 € TTC

Le Président de la Communauté d'agglomération Clisson Sèvre et Maine Agglo,

D É C I D E

ARTICLE 1 : de signer l'avenant n°1 au contrat collectif d'assurance de Frais de santé N°SYM-100652 avec la société HARMONIE MUTUELLE, sise 143 rue Blomet 75015 PARIS), avec effet au 1^{er} janvier 2024.

DIT qu'il sera rendu compte de la présente décision au Conseil communautaire lors de la prochaine séance.

DIT que la présente décision sera adressée à Monsieur le Préfet de Loire-Atlantique.

DIT que la présente décision sera adressée à Monsieur le Trésorier Communautaire.

« Pour extrait conforme au registre »



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

CONDITIONS PARTICULIÈRES DU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE DE FRAIS DE SANTÉ

AVENANT AU CONTRAT N°SYM-100652

Entre

CA CLISSON SEVRE MAINE AGGLO

Adresse siège social : 13 RUE DES AJONCS 44190 CLISSON

Numéro Siren : 200067635

ci-après dénommée le souscripteur.

Et

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 et le numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57

Siège social : 143 rue Blomet - 75015 Paris.

ci-après dénommée la mutuelle.

IL A ÉTÉ CONVENU ET ARRÊTÉ CE QUI SUIT :

Les présentes dispositions complètent et/ou modifient éventuellement les conditions générales en vigueur au titre du contrat souscrit et assuré par Harmonie Mutuelle.
Elles font partie intégrante du présent contrat.

ARTICLE 1 • DATE D'EFFET

Les présentes dispositions prennent effet à compter du 1er janvier 2024.

ARTICLE 2 • NATURE DU CONTRAT

Niveau	Code produit	Population	Nature de l'adhésion
Niveau 5	HCO500	Actif	Obligatoire
Niveau 5	HCO500	Actif	Obligatoire
Renfort 5	HCO550	Actif	Facultative
Renfort 5	HCO550	Actif	Obligatoire
Etre Accompagné - Niveau 1	EAC100	Actif	Obligatoire
Etre Acteur - Niveau 1	EAS100	Actif	Obligatoire
Etre Acteur - Niveau 1	EAS100	Actif	Obligatoire
Etre Accompagné - Renfort 1	EAC120	Actif	Facultative
Etre Acteur - Renfort 1	EAS120	Actif	Facultative
Etre Acteur - Renfort 1	EAS120	Actif	Obligatoire
Etre Accompagné - Niveau 1	EAC100	Actif	Obligatoire
Etre Accompagné - Renfort 1	EAC120	Actif	Obligatoire

ARTICLE 3 • CATÉGORIE DE PERSONNEL ÉLIGIBLE

Le présent contrat concerne la catégorie « Ensemble du Personnel » du souscripteur.

ARTICLE 4 • BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Les bénéficiaires des prestations sont ceux définis à l'article Bénéficiaires des conditions générales.

ARTICLE 5 • PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations sont définies dans les tableaux descriptifs des garanties annexés aux présentes dispositions.

ARTICLE 6 • MONTANT DES COTISATIONS MENSUELLES

Les cotisations mensuelles sont reprises dans les tableaux annexés aux présentes dispositions.

Envoyé en préfecture le 03/01/2024

Reçu en préfecture le 03/01/2024

Publié le 03/01/2024

ID : 044-200067635-20240103-01_2024_04-AU



Fait à Paris, le 11 octobre 2023 en deux exemplaires, dont l'un remis au souscripteur, qui reconnaît expressément avoir :
D préalablement à la souscription reçu le document d'information sur le produit d'assurance complémentaire santé,
D reçu, pris connaissance et accepté les termes des présentes et des conditions générales référencées ci-avant.

LE SOUSCRIPTEUR
*Cachet de l'entreprise et signature
précédée de la mention « lu et approuvé »*

HARMONIE MUTUELLE
Stéphane LE RAY
Directeur Souscription et Suivi du Risque



**Harmonie
mutuelle**

Harmonie Mutuelle, mutuelle
soumise aux dispositions
du livre II du Code de la mutualité,
n° Siren 538 518 473

Siège social :

143, rue Blomet - 75015 Paris



Annexe – Montant des cotisations mensuelles

Contrat n°SYM-100652– Effet 01/01/2024

Produit : HCO500
Type de population : Actif
Régime : Régime Général

Niveau 5

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Salarié	54.45 Euros	
Conjoint	59.88 Euros	
Enfant	39.02 Euros	

Produit : HCO500
Type de population : Actif
Régime : Régime Général

Niveau 5

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Salarié	68.06 Euros	13.27 %
Conjoint	74.87 Euros	13.27 %
Enfant	39.02 Euros	13.27 %

Produit : HCO550
Type de population : Actif
Régime : Régime Général

Renfort 5

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Enfant	6.55 Euros	13.27 %
Adulte de 20 ans et -	9.06 Euros	13.27 %
Adulte de 21 ans	9.31 Euros	13.27 %
Adulte de 22 ans	9.55 Euros	13.27 %
Adulte de 23 ans	9.79 Euros	13.27 %
Adulte de 24 ans	10.05 Euros	13.27 %
Adulte de 25 ans	10.30 Euros	13.27 %
Adulte de 26 ans	10.57 Euros	13.27 %
Adulte de 27 ans	10.83 Euros	13.27 %
Adulte de 28 ans	11.12 Euros	13.27 %
Adulte de 29 ans	11.40 Euros	13.27 %
Adulte de 30 ans	11.72 Euros	13.27 %
Adulte de 31 ans	12.01 Euros	13.27 %
Adulte de 32 ans	12.32 Euros	13.27 %
Adulte de 33 ans	12.64 Euros	13.27 %
Adulte de 34 ans	12.98 Euros	13.27 %

(*) comprend la Taxe de Solidarité Additionnelle modifiée sur la base du taux en vigueur.

Renfort 5

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Adulte de 35 ans	13.30 Euros	13.27 %
Adulte de 36 ans	13.64 Euros	13.27 %
Adulte de 37 ans	14.01 Euros	13.27 %
Adulte de 38 ans	14.36 Euros	13.27 %
Adulte de 39 ans	14.74 Euros	13.27 %
Adulte de 40 ans	15.11 Euros	13.27 %
Adulte de 41 ans	15.48 Euros	13.27 %
Adulte de 42 ans	15.80 Euros	13.27 %
Adulte de 43 ans	16.16 Euros	13.27 %
Adulte de 44 ans	16.54 Euros	13.27 %
Adulte de 45 ans	16.90 Euros	13.27 %
Adulte de 46 ans	17.30 Euros	13.27 %
Adulte de 47 ans	17.67 Euros	13.27 %
Adulte de 48 ans	18.09 Euros	13.27 %
Adulte de 49 ans	18.48 Euros	13.27 %
Adulte de 50 ans	18.91 Euros	13.27 %
Adulte de 51 ans	19.33 Euros	13.27 %
Adulte de 52 ans	19.78 Euros	13.27 %
Adulte de 53 ans	20.23 Euros	13.27 %
Adulte de 54 ans	20.67 Euros	13.27 %
Adulte de 55 ans	21.14 Euros	13.27 %
Adulte de 56 ans	21.62 Euros	13.27 %
Adulte de 57 ans	22.11 Euros	13.27 %
Adulte de 58 ans	22.62 Euros	13.27 %
Adulte de 59 ans	23.13 Euros	13.27 %
Adulte de 60 ans	23.65 Euros	13.27 %
Adulte de 61 ans	24.20 Euros	13.27 %
Adulte de 62 ans	24.73 Euros	13.27 %
Adulte de 63 ans	25.30 Euros	13.27 %
Adulte de 64 ans	25.87 Euros	13.27 %
Adulte de 65 ans	26.46 Euros	13.27 %
Adulte de 66 ans	27.05 Euros	13.27 %
Adulte de 67 ans	27.66 Euros	13.27 %
Adulte de 68 ans	28.28 Euros	13.27 %
Adulte de 69 ans	28.93 Euros	13.27 %
Adulte de 70 ans et +	29.58 Euros	13.27 %

Produit : HCO550

Type de population : Actif

Régime : Régime Général

Renfort 5

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Enfant	6.55 Euros	

(*) comprend la Taxe de Solidarité Additionnelle modifiée sur la base du taux en vigueur.

Renfort 5

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Adulte de 20 ans et -	9.06 Euros	
Adulte de 21 ans	9.31 Euros	
Adulte de 22 ans	9.55 Euros	
Adulte de 23 ans	9.79 Euros	
Adulte de 24 ans	10.05 Euros	
Adulte de 25 ans	10.30 Euros	
Adulte de 26 ans	10.57 Euros	
Adulte de 27 ans	10.83 Euros	
Adulte de 28 ans	11.12 Euros	
Adulte de 29 ans	11.40 Euros	
Adulte de 30 ans	11.72 Euros	
Adulte de 31 ans	12.01 Euros	
Adulte de 32 ans	12.32 Euros	
Adulte de 33 ans	12.64 Euros	
Adulte de 34 ans	12.98 Euros	
Adulte de 35 ans	13.30 Euros	
Adulte de 36 ans	13.64 Euros	
Adulte de 37 ans	14.01 Euros	
Adulte de 38 ans	14.36 Euros	
Adulte de 39 ans	14.74 Euros	
Adulte de 40 ans	15.11 Euros	
Adulte de 41 ans	15.48 Euros	
Adulte de 42 ans	15.80 Euros	
Adulte de 43 ans	16.16 Euros	
Adulte de 44 ans	16.54 Euros	
Adulte de 45 ans	16.90 Euros	
Adulte de 46 ans	17.30 Euros	
Adulte de 47 ans	17.67 Euros	
Adulte de 48 ans	18.09 Euros	
Adulte de 49 ans	18.48 Euros	
Adulte de 50 ans	18.91 Euros	
Adulte de 51 ans	19.33 Euros	
Adulte de 52 ans	19.78 Euros	
Adulte de 53 ans	20.23 Euros	
Adulte de 54 ans	20.67 Euros	
Adulte de 55 ans	21.14 Euros	
Adulte de 56 ans	21.62 Euros	
Adulte de 57 ans	22.11 Euros	
Adulte de 58 ans	22.62 Euros	
Adulte de 59 ans	23.13 Euros	
Adulte de 60 ans	23.65 Euros	
Adulte de 61 ans	24.20 Euros	
Adulte de 62 ans	24.73 Euros	
Adulte de 63 ans	25.30 Euros	

(*) comprend la Taxe de Solidarité Additionnelle modifiée sur la base du taux en vigueur.

Renfort 5

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Adulte de 64 ans	25.87 Euros	
Adulte de 65 ans	26.46 Euros	
Adulte de 66 ans	27.05 Euros	
Adulte de 67 ans	27.66 Euros	
Adulte de 68 ans	28.28 Euros	
Adulte de 69 ans	28.93 Euros	
Adulte de 70 ans et +	29.58 Euros	

Produit : EAC120

Type de population : Actif

Régime : Régime Autre

Etre Accompagné - Renfort 1

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Adulte	2.50 Euros	13.27 %
Enfant	1.50 Euros	13.27 %

Produit : EAS120

Type de population : Actif

Régime : Régime Autre

Etre Acteur - Renfort 1

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Adulte	4.00 Euros	13.27 %
Enfant	2.50 Euros	13.27 %

Produit : EAS120

Type de population : Actif

Régime : Régime Autre

Etre Acteur - Renfort 1

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Adulte	4.00 Euros	
Enfant	2.50 Euros	

Produit : EAC120

Type de population : Actif

Régime : Régime Autre

Etre Accompagné - Renfort 1

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Adulte	2.50 Euros	
Enfant	1.50 Euros	

(*) comprend la Taxe de Solidarité Additionnelle modifiée sur la base du taux en vigueur.

Envoyé en préfecture le 03/01/2024

Reçu en préfecture le 03/01/2024

Publié le 03/01/2024



ID : 044-200067635-20240103-01_2024_04-AU

Annexe – Tableau(x) des prestations

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

COMPAGNIE : Harmonie Mutuelle - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité -

n° SIREN 538 518 473

PRODUIT : Harmonie Santé Co



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat collectif. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'entreprise (ou autre personne morale) souscriptrice. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties annexé.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de vos salariés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance maladie obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables, ainsi que le panier de soins minimum de l'ANI.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à la charge de vos salariés.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Soins courants : consultations médecin, auxiliaires médicaux, médicaments à Service Médical Rendu (SMR) important pris en charge à 65 % par l'Assurance maladie obligatoire, analyses et examens de laboratoire, matériel médical remboursé par l'Assurance maladie obligatoire : orthopédie et appareillages.
- ✓ Reste à charge zéro sur équipement 100% santé (aides auditives, optique et dentaire).
- ✓ Aides auditives : équipement à tarif libre.
- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour forfait journalier hospitalier.
- ✓ Ambulance.
- ✓ Optique : équipement à tarif libre, lentilles remboursées par l'Assurance maladie obligatoire.
- ✓ Dentaire : soins et prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libres, orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire, bonification de garanties dans le réseau.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

Dépassements d'honoraires.
Médicaments à SMR modéré et faible (remboursés à 30% et 15% par l'Assurance maladie obligatoire).
Chambre particulière, frais d'accompagnant, indemnité de naissance.
Chirurgie correctrice de l'œil.
Bonification des garanties optiques dans le réseau.
Implantologie, parodontologie et orthodontie refusée.
Cures thermales.
Ostéopathes, psychologues, automédication, contraception.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Assistance santé et assistance à l'étranger.
- ✓ Réseau de partenaires opticiens, dentistes, audioprothésistes et ostéopathes.
- ✓ Prévention personnalisée.
- ✓ Avantages dans les domaines du sport et du bien-être.

LES SERVICES NON SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

Assistance santé renforcée.
Protection juridique: recours médical, mesures de protection d'un proche, handicap et dépendance.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Soins reçus en dehors de la période de couverture.
- ✗ Soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).
- ✗ Indemnités versées en complément de l'Assurance maladie obligatoire en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Séjours en établissement de personnes âgées, dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel et dans les services de longs séjours.
- ✗ Forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

EXCLUSIONS du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Autres exclusions

- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! **Aides auditives:** Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans.
- ! **Optique:** limitée à un équipement par période de deux ans (sauf exception notamment en cas d'évolution de la vue ou pour les moins de 16 ans).
- ! **Chambre particulière:** limitée à 60 nuits par an pour la psychiatrie.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Garantie santé : dans le monde entier. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française et se fait sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Garantie assistance : en France métropolitaine, à Monaco ou dans les départements et régions d'Outre-Mer et dans le monde entier pour l'Assistance à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

À l'adhésion

- Fournir à chaque adhérent un bulletin d'adhésion, la notice d'information rédigée par la mutuelle, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.
- S'il s'agit d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le souscripteur doit affilier au contrat la totalité des salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières, sous réserve des cas de dispense admis.

En cours de garantie

- Déclarer à la mutuelle tous les mouvements dans la liste des salariés et ayants droit pour le 20 de chaque mois, sous peine de perdre les cotisations correspondantes au profit de la mutuelle.
- S'il s'agit d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, affilier les nouveaux salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières et leur fournir un bulletin d'adhésion et la notice d'information.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation), sous peine de suspension des garanties.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations et suivant les modalités définies aux conditions particulières (précompte de la cotisation).

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, la cotisation peut être payée par le souscripteur et/ou par l'adhérent par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal et suivant les modalités définies aux conditions particulières. Le paiement peut être fractionné au mois ou au trimestre.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat collectif prend effet à la date convenue d'un commun accord et indiquée aux conditions particulières pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. Elle est renouvelée chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'entreprise (ou autre personne morale) ou la mutuelle dans les cas et conditions indiqués dans le contrat collectif.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise (ou l'autre personne morale) peut résilier le contrat collectif chaque année, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année (pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année).

être acteur de sa santé

Prestation en vigueur au 01/01/2020

PROGRAMMES ET SERVICES
PLACENT LA PRÉVENTION SANTÉ AU CŒUR DES
PRÉOCCUPATIONS, ET DONNENT LA POSSIBILITÉ DE
MAINTENIR SON CAPITAL SANTÉ

Envoyé en préfecture le 03/01/2024

Reçu en préfecture le 03/01/2024

Publié le 03/01/2024

ID : 044-200067635-20240103-01_2024_04-AU

S²LOW

NIVEAU 1 (EAS100) NIVEAU DE PROTECTION SÉLECTIONNÉ PAR VOTRE ENTREPRISE

UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL POUR ATTEINDRE SES OBJECTIFS BIEN-ÊTRE

Ce service permet de bénéficier de conseils pratiques au quotidien et de programmes de coaching en ligne adaptés au profil et au mode de vie de chacun. Sommeil, nutrition, activité physique, gestion du stress, mémoire... de nombreuses thématiques sont abordées pour prendre soin de soi. Sérieux et fiables, les contenus du service sont validés par une équipe scientifique et médicale.



B.E by Vivoptim est **accessible gratuitement** pour les adhérents d'Harmonie Mutuelle.
Inscription sur harmonie-be.byvivoptim.com
ou depuis l'**appli mobile**.

(Se reporter aux conditions générales d'utilisation du service figurant sur le site)

AUTOTEST

AUTOTEST DE DÉPISTAGE DU SIDA* :

(*Test disposant d'un marquage CE et vendu en pharmacie)

20€ /an

PROGRAMMES DE PRÉVENTION

Proposés par Harmonie Mutuelle



«**LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT**» : programme offert aux adhérents parents de jeunes enfants eux-mêmes ayant droit ; repères santé (mails d'information personnalisés à chaque étape du développement de l'enfant), rendez-vous santé sur diverses thématiques selon l'âge de l'enfant (initiation aux premiers secours à l'enfant, rencontres entre parents...) et possibilité de poser ses questions à des professionnels de la petite enfance. Plus d'information sur www.lasantedevotreenfant.fr



«**DEMAIN S'INVENTE AUJOURD'HUI**» : programme d'accompagnement des seniors de plus de 55 ans pour leur permettre de traverser les années au mieux de leur santé, de leur bien-être, en toute autonomie ; informations santé, rendez-vous de prévention pour bien vivre sa retraite et accompagnement personnalisé (nutrition, maintien à domicile, hébergement). Plus d'information sur le site d'information santé d'Harmonie Mutuelle : www.harmonie-prevention.fr

RENDEZ-VOUS DE PRÉVENTION SANTÉ

Proposés par Harmonie Mutuelle

Des rendez-vous de prévention santé (conférences, ateliers, groupes de paroles...) partout en France, tout au long de l'année.

A consulter sur l'agenda des rendez-vous de prévention santé via

www.harmonie-prevention.fr

RÉPONSES D'EXPERTS À VOS QUESTIONS DE SANTÉ

Proposées dans le cadre d'Harmonie Santé Services

N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

(Du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30)

Service téléphonique pour apporter des réponses à vos questions de santé et de bien-être, vous orienter dans le système de santé et vous accompagner.

En savoir plus sur www.harmonie-prevention.fr

ou en se connectant sur «l'Espace perso» sur

www.harmonie-mutuelle.fr



PROGRAMME AVANTAGES HARMONIE

Proposé par Harmonie Mutuelle

avantages Harmonie

Conditions privilégiées en matière de prévention santé dans les domaines du sport, des soins corporels...

Se reporter au site www.avantages-harmonie.fr

RENFORT 1 (EAS120) VOUS AVEZ LA POSSIBILITÉ DE COMPLÉTER LE NIVEAU 1 SÉLECTIONNÉ PAR VOTRE ENTREPRISE AVEC LES PRESTATIONS CI-DESSOUS

PRESTATIONS REMBOURSÉES Assurées par Harmonie Mutuelle

PÉDICURIE : **25€/séance**
CONSULTATIONS PÉDICURE/PODOLOGUE (limité à 3 séances par an)

**AUTOTESTS : AUTO TENSIOMÈTRE, AUTOCONTRÔLE
GLYCÉMIQUE OU DÉBITMÈTRE DE POINTE** **75€**
(limité à un équipement tous les 24 mois, la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Sur prescription médicale)

NUTRITION : EQUILIBRE ALIMENTAIRE - DIÉTÉTIQUE **20€/Séance**
(limité à 5 séances par an)

Seules les séances effectuées 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.

**AUTOMÉDICATION : MÉDICAMENTS POUVANT ÊTRE
PRÉSENTÉS EN ACCÈS DIRECT EN PHARMACIE, SELON LISTE ANSM*** **25€/an**
(*Liste ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)

CONTRACEPTION : **60€/an**
PILULES, ANNEAUX ET PATCHS CONTRACEPTIFS
(Selon liste, disponible sur simple demande)

VIE SANS TABAC - SEVRAGE TABAGIQUE : **75€/an**
SUBSTITUTS NICOTINIQUES (1)
**CONSULTATIONS COGNITO-COMPORTEMENTALES,
HYPNOSE ERICKSONNIENNE (2)**
(1) Sur prescription médicale. (2) Prise en charge des substituts nicotiniques (sur prescription médicale), des consultations cognito-comportementales et/ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

OSTÉODENSITOMÉTRIE : (Sur prescription médicale) **40€/an**

VACCINS ANTIGRIPE : **Frais Réels**

AUTRES VACCINS : (Selon liste, disponible sur simple demande) **40€/an**



Pour toutes questions concernant les prestations ci-dessus,
contactez nos conseillers santé par téléphone au numéro figurant sur votre carte mutualiste.
Les prestations décrites ci-dessus s'entendent comme non prises en charge par le régime obligatoire.

Pour contacter nos conseillers santé, reportez-vous au numéro qui figure sur votre carte mutualiste.

Soins courants - Honoraires médicaux et paramédicaux

- Consultations, visites : généralistes et spécialistes
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens
- Actes de sages-femmes
- Auxiliaires médicaux : infirmier(è)s, kinésithérapeutes...
- Ambulances, véhicules sanitaires légers...

Soins courants - Médicaments

- Médicaments à SMR important
- Médicaments à SMR modéré
- Médicaments à SMR faible
- SMR Service Médical Rendu

Soins courants - Analyses et examens de laboratoire

- Actes médicaux techniques et d'échographie
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens
- Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Examens de laboratoires

- Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)
- (1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle

Soins courants - Matériel médical

- Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire

Aides auditives

- Équipement 100 % Santé (2)(3)
- Équipement à tarif libre (4)(5)
- + Forfait supplémentaire (6)(7)

Prothèses

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixes, par la réglementation. (3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prix en charge limité, pour chaque limite, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'appelle à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.

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 (8)

Chambre particulière en ambulatoire (8)

Frais d'accompagnement

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico-Thérapeutique) la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - actes médicaux en établissements de personnes âgées - séjours thérapeutiques - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel - centres de rééducation professionnelle - services de soins séjournés et établissements pour personnes âgées. (4) Si accord conventionné avec accord tarifaire, le mutuel prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (5) Psychiatrie : prise en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (6) 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, le mutuel prend en charge dans les limites 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 (9)

Indemnité naissance (7)

(7) Indemnité par enfant inverti à la date de sa naissance, ou de son adoption, à déclarer dans les 3 mois suivant cette date.

Régime obligatoire	Garantie obligatoire de l'entreprise (Niveau 5 (HCO500))	Renfort optionnel ouvert aux salariés (Renfort 5 (HCO550))
70 %	170 %	230 %
70 %	150 %	200 %
70 %	100 %	100 %
60 %	100 %	100 %
65 %	100 %	100 %
65 %	100 %	100 %
30 %	100 %	100 %
15 %	100 %	100 %
70 %	170 %	230 %
70 %	150 %	200 %
70 %	170 %	230 %
70 %	150 %	200 %
60 %	100 %	100 %
-	Outil	Outil
60 %	175 %	200 %
60 %	100 % Santé	100 % Santé
-	400 €/appareil	100 %
60 %	100 % + 70 €/An	700 €/appareil
65 % ou 70 %	100 % + 70 €/An	100 % + 90 €/An
-	100 %	100 %
-	300 €	400 €
80 % ou 100 %	150 %	200 %
80 % ou 100 %	170 %	230 %
80 % ou 100 %	150 %	200 %
65 % ou 100 %	100 %	100 %
-	Frais réels	Frais réels
-	80 €/nuit	100 €/nuit
-	15 €/jour	15 €/jour
-	40 €/jour	60 €/jour
100 %	170 %	230 %
100 %	150 %	200 %
-	80 €/nuit	100 €/nuit
-	150 €	200 €

Pour contacter nos conseillers santé, reportez-vous au numéro qui figure sur votre carte mutualiste.

	Régime obligatoire	Garantie obligatoire de l'entrepreneur Niveau 5 (HC0500)	Renfort optionnel ouvert aux salariés Renfort 5 (HC0550)
Optique			
Équipement 100 % Santé ⁽¹⁰⁰⁾	60 %	100 % Santé	100 % Santé
- Monture	60 %	100 % Santé	100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau	60 % + 100 €	60% + 100 €	60% + 100 €
Équipement à tarif libre ⁽¹⁰⁰⁾⁽¹¹⁰⁾	60 %	60% + 80 €	PEC Intégrale
- Monture	60 %	60% + 170 €	PEC Intégrale
- Par verre dans le réseau KALIXIA ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾	60 %	60% + 210 €	PEC Intégrale
- Simple	60 %	60% + 60 €	60% + 80 €
- Complexe	60 %	60% + 120 €	60% + 150 €
- Très complexe	60 %	60% + 150 €	60% + 180 €
- Par verre hors réseau	100%	100%	100%
- Simple	100%	100%	100%
- Complexe	100%	100%	100%
- Très complexe	100%	100%	100%
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	100 %	100 % + 200 €/an	100 % + 300 €/an
Verres avec filtre	-	200 €/an	300 €/an
Autres suppléments (prisme, système antiplois, verres bicouche)	-	400 €/œil	600 €/œil
Lentilles acceptées par le régime obligatoire			
Lentilles refusées par le régime obligatoire			
Opérations de chirurgie correctrice de l'œil			
Dentaire			
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹²⁾	70 %	100 % Santé	100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽²⁾	70 %	325 %	400 %
- Prothèses fixes	70 %	175 %	175 %
- Inlay-Core	70 %	100 % + 50 €	100 % + 50 €
- Prothèses transitoires	70 %	400 %	500 %
- Inlay onlay	70 %	300 %	350 %
- Prothèses amovibles	70 %	300 %	400 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres	70 %	325 %	400 %
- Prothèses fixes	70 %	175 %	175 %
- Inlay-core	70 %	100 % + 50 €	100 % + 50 €
- Prothèses transitoires	70 %	400 %	500 %
- Inlay onlay	70 %	300 %	350 %
- Prothèses amovibles	70 %	300 €	400 €
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire ⁽¹³⁾	100 %	300 %	350 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	200 %	200 %
- Semestre de traitement	-	400 €/an	500 €/an
- Autres actes (Examen, diagnostic, contention...)	-	400 €/implant	500 €/an
Orthodontie refusée par le régime obligatoire	-	260 €/an	330 €/an
Implantologie ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾	-	PEC Intégrale	PEC Intégrale
Parodontologie ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾	-	400 €/implant	400 €/implant
Dans le réseau des praticiens partenaires agréés Kalixia dentaire ⁽¹⁷⁾	-	PEC Intégrale	PEC Intégrale
Inlays-Onlays ⁽¹⁸⁾	-	400 €/implant	400 €/implant
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire ⁽¹⁸⁾	-	PEC Intégrale	PEC Intégrale
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire, semestre de traitement ⁽¹⁸⁾	-	400 €/implant	400 €/implant
Bonification implant entre 2 dents saines ⁽¹⁸⁾	-	400 €/implant	400 €/implant
Scellement des sillons pour une prémolare ⁽¹⁸⁾	-	400 €/implant	400 €/implant
Médecines complémentaires			
Ostéopathie, chiropractie, micro-kinéthérapie, acupuncture, auriculothérapie, mésothérapie, bio-kinergie, kiné méthode mélières, TENS - neurostimulation électrique transcutanée ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾	-	4 séances/an 30 €/séance	6 séances/an 40 €/séance
Activité physique adaptée ⁽²⁰⁾	-	120 €/an	240 €/an

Envoyé en préfecture le 03/01/2024
 Reçu en préfecture le 03/01/2024
 Publié le 03/01/2024
 ID : 044-200067635-20240103-01_2024_04-AU

supérieur à +4.00 dioptries. - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 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. - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure à 8.00 dioptries. (11) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande. (12) Remboursement assuré par la prise en charge intégrale (PEC Intégrale) de verres, amovibles ou non, en fonction du besoin de correction, durcis et traités antireflet. 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.

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 multifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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 (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - Verres très complexes : - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 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 sphériques dont la sphère est inférieure à -6.00 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 (sphère + cylindre) 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 sphériques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - Verres très complexes : - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 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

Document contractuel
 S2LOW
 Mutuelle

Le remboursement de la mutuelle - concement les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance Maladie Obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM) - nécessite la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établie par le professionnel de santé qui seront joints à la demande de remboursement. (10) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (11) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (12) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (13) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (14) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (15) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (16) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (17) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (18) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (19) Seules les séances effectuées et facturées 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°ADEL et/ou le numéro RPPS du professionnel concerné. (20) Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, dans le cadre des articles L.1172-1 et D.1172-2 du code de la santé publique. Prise en charge sur présentation du formulaire mis à disposition par la mutuelle et de la facture détaillée et acquittée.

NIVEAU 1 (EAC100) NIVEAU DE PROTECTION SÉLECTIONNÉ PAR VOTRE ENTREPRISE

ACTION SOCIALE

Proposée par Harmonie Mutuelle

En cas de difficultés liées à la maladie, au décès, au handicap, à des problèmes familiaux ou financiers, les adhérents bénéficient de conseils et de soutien dans leurs démarches. En complément, un fonds d'action sociale peut être sollicité pour l'attribution d'aides financières, pour le financement de soins coûteux ou le maintien de la complémentaire santé.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Assurées par Ressources Mutuelles Assistance dans le cadre d'Harmonie Santé Services

(Extrait des garanties figurant dans la notice d'information Harmonie Santé Services)

ASSISTANCE

En cas :

- d'hospitalisation dès l'ambulatoire
- de maternité de plus de 4 jours, césarienne ou naissances prématurées ou multiples
- d'immobilisation prévue de plus de 10 jours et imprévue de plus de 5 jours

Organisation et prise en charge avec le choix entre une aide à domicile (à concurrence d'un maximum de 10 heures), une prestation de bien-être et de soutien (la livraison de courses alimentaires, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition, séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure, portage de repas, auxiliaire de vie), la garde d'enfants de moins de 16 ans ou des personnes dépendantes à charge vivant sous le toit de l'adhérent à hauteur d'un maximum de 8 heures par jour dans la limite de 5 jours (ou transfert chez un proche ou venue d'un proche au domicile*) ou la garde des animaux (chats et chiens) pendant 30 jours dans la limite de 300€ TTC.

EN CAS DE MALADIE OU DE BLESSURE D'UN ENFANT DE MOINS DE 16 ANS

Organisation et prise en charge d'une garde d'enfant à hauteur d'un maximum de 8 heures par jour dans la limite de 5 jours (ou transfert chez un proche ou venue d'un proche au domicile*) et si son absence de l'école est supérieure à 14 jours calendaires, possibilité de mettre en place du soutien scolaire à domicile ou en ligne en fonction de son état de santé.

EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX PAR CHIMIOTHÉRAPIE ET/OU RADIOTHÉRAPIE

Mise à disposition du bénéficiaire d'une aide à domicile, à raison de 2 x 2 heures dans les 15 jours qui suivent la séance de radiothérapie ou chimiothérapie, pendant toute la durée du traitement.

Dès l'annonce de la maladie, une équipe pluridisciplinaire accompagne et soutient le bénéficiaire.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PAR TÉLÉPHONE

Accompagnement et soutien psychologique en cas de difficultés professionnelles, d'aléas de la vie, de décès...

SERVICES À LA PERSONNE

Accompagnement et conseil : trouver un organisme (aide à domicile, aide aux familles, aide aux déplacements...), recherches de financement (Caisses de retraite, CAF, APA, aide sociale...)

ASSISTANCE À L'INTERNATIONAL

En cas d'aléa de santé lors d'un déplacement à titre privé ou professionnel à l'étranger de moins de 31 jours : possibilité* d'orienter vers un centre médical adapté, d'avancer et de prise en charge de frais médicaux (dans la limite de 76 000€ TTC), d'un rapatriement sanitaire, de la présence d'un proche ou du retour des autres bénéficiaires... Un service d'informations et de prévention médicale disponible 24h/24, 7j/7 avant et pendant le voyage (modalités de soins, vaccinations, hygiène...).

ASSISTANCE HANDICAP

Le service d'information et d'orientation à caractère social est à l'écoute du bénéficiaire handicapé pour l'accueillir et l'orienter dans les domaines de l'autonomie, des aides, des ressources, de l'invalidité, de l'emploi, du statut et droit des personnes...

CONSEILS & INFORMATIONS

Le service de renseignements téléphoniques apporte une aide et des conseils dans les domaines de la vie courante et en matière de santé...

RENFORT 1 (EAC120) VOUS AVEZ LA POSSIBILITÉ DE COMPLÉTER LE NIVEAU 1 SÉLECTIONNÉ PAR VOTRE ENTREPRISE AVEC LES PRESTATIONS CI-DESSOUS

PRESTATIONS REMBOURSÉES

Assurées par Harmonie Mutuelle

ERGOTHÉRAPEUTE / PSYCHOMOTRICIEN

PRISE EN CHARGE DU BILAN : **75€/an**
(non pris en charge par le régime obligatoire)

PRISE EN CHARGE DE SÉANCES : **30€/séance**
(non prises en charge par le régime obligatoire) (limité à 5 séances par an)

PSYCHOLOGIE

SÉANCES EFFECTUÉES PAR UN PSYCHOLOGUE OU UN PSYCHIATRE : **25€/séance**
(non prises en charge par le régime obligatoire) (limité à 7 séances par an)

APPAREILLAGE

FORFAIT SUPPLÉMENTAIRE POUR APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE, ACCESSOIRES MÉDICAUX ET ACHAT PROTHÈSES EXTERNES LIÉES AUX TRAITEMENTS DU CANCER : **300€/an**
(pris en charge par le régime obligatoire)

FORFAIT ACHAT VÉHICULE POUR PERSONNE HANDICAPÉE PHYSIQUE : **750€/an**
(pris en charge par le régime obligatoire)

PRESTATIONS D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Assurées par Ressources Mutuelles Assistance dans le cadre d'Harmonie Santé Services complétées par Harmonie Santé Services Confort

(Extrait des garanties figurant dans la notice d'information Harmonie Santé Services)

ASSISTANCE^(*)

En cas :

- d'hospitalisation dès l'ambulatoire
- de maternité de plus de 4 jours, césarienne ou naissances prématurées ou multiples
- d'immobilisation prévue de plus de 10 jours et imprévue de plus de 5 jours

Organisation et prise en charge avec le choix entre une aide à domicile (à hauteur de 14 heures), une prestation de bien-être et de soutien (la livraison de courses alimentaires, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition, séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure, portage de repas, auxiliaire de vie), la garde d'enfants de moins de 16 ans ou des personnes dépendantes à charge vivant sous le toit de l'adhérent à hauteur d'un maximum de 8 heures par jour dans la limite de 5 jours (ou transfert chez un proche ou venue d'un proche au domicile*) ou la garde des animaux (chats et chiens) pendant 30 jours dans la limite de 300€ TTC.

Pour toutes questions concernant les prestations ci-dessus, contactez nos conseillers santé par téléphone au numéro figurant sur votre carte mutualiste.

*dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information (le domicile est le domicile fiscal situé en France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) ou dans les DROM)

RENFORT 1 (EAC120) (suite)**SOUTIEN À LA PARENTALITÉ**

En cas de maternité de 4 jours et plus (y compris césarienne et naissances prématurées ou multiples)

Organisation et prise en charge d'un intervenant qualifié (auxiliaire de puériculture, puéricultrice, sage-femme...) auprès de la famille (4 heures maximum).

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours due à une grossesse pathologique

Organisation et prise en charge avec le choix entre une aide à domicile (12 heures maximum dans la limite de 4 heures par semaine), la garde des enfants de moins de 16 ans à hauteur d'un maximum de 8 heures par jour dans la limite de 5 jours et si besoin le transport aller/retour des enfants à l'école (ou transfert chez un proche ou venue d'un proche au domicile*).

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 4 jours ou immobilisation imprévue de plus de 5 jours de la «garde d'enfants» habituelle et salariée

Organisation et prise en charge de la garde des enfants de moins de 7 ans à hauteur d'un maximum de 8h par jour dans la limite de 5 jours ou transfert chez un proche ou venue d'un proche au domicile*.

AIDE AUX AIDANTS

Est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

EXPERTISE ET ACCOMPAGNEMENT EN VUE D'UN BILAN PSYCHO-SOCIAL

À tout moment, l'aidant peut solliciter l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire de l'assistance pour effectuer un bilan psycho-social de la situation. À l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique personnalisé sera proposé (soutien psychologique, accompagnement social ou appels de convivialité).

Toutes les prestations décrites ci-après sont délivrées dans le cadre d'un accompagnement du binôme Aidant-Aidé.

ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours de l'aidant

Organisation et prise en charge avec le choix entre une aide à domicile (15 heures sur 15 jours maximum), une prestation de bien-être ou de soutien (la livraison de courses alimentaires, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition, séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure, portage de repas, auxiliaire de vie, dispositif de téléassistance), le transport d'un proche au domicile, un hébergement temporaire : prestations à destination de la personne aidée.

En cas de situation d'épuisement de l'aidant

Organisation et prise en charge avec le choix entre une garde de nuit à domicile (2 nuits consécutives), un hébergement temporaire ou un accueil de jour : prestations à destination de la personne aidée.

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée

Organisation et prise en charge avec le choix entre une aide à domicile (15 heures sur 15 jours maximum), une prestation de bien-être ou de soutien (la livraison de courses alimentaires, coiffure à domicile, portage de repas, auxiliaire de vie, dispositif de téléassistance...), une garde de nuit à domicile ou une prestation d'ergothérapeute (4 heures maximum) : prestations à destination de la personne aidée.

ASSISTANCE PRÉVENTIVE

Les prestations décrites ci-dessous pourront être délivrées dans la limite d'une prestation par année civile, hormis le conseil médical par téléphone accessible en tout temps.

Prévention de l'épuisement

Organisation et prise en charge dans la limite de 300€ avec le choix entre

**dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information (le domicile est le domicile fiscal situé en France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) ou dans les DROM)*

une session de formation, l'acquisition de matériel paramédical, des aides techniques : prestations à destination de l'aidant.

Santé et bien-être

Organisation et prise en charge d'une activité physique adaptée à domicile ou dans un club (3 séances maximum) : prestation à destination de l'aidant. Ou organisation et prise en charge d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux (12 heures maximum) : prestation à destination de la personne aidée.

Soutien pour la vie quotidienne

Organisation et prise en charge d'un abonnement aux services de téléassistance (6 mois maximum) : prestation à destination de la personne aidée. Ou organisation et prise en charge de l'inscription à une association de soutien d'aidants ou à un réseau d'entraide et d'échanges ou un conseil nutrition par téléphone (5 entretiens maximum par année civile) : prestations à destination de l'aidant.

Soutien au maintien de l'activité professionnelle de l'aidant

Organisation et prise en charge d'une présence responsable (auxiliaire de vie, infirmier...12 heures maximum) ou du portage de repas (à équivalence du nombre d'heures) : prestations à destination de la personne aidée.

FIN DU STATUT D'AIDANT

Les prestations décrites ci-dessous pourront être délivrées une fois par fait générateur.

Lorsque la personne aidée retrouve ses capacités

Organisation et prise en charge avec le choix entre une activité de loisirs (3 séances maximum), un conseil nutrition par téléphone (5 entretiens maximum par année civile) ou une activité physique dans un club (3 séances maximum) : prestations à destination de l'aidant.

Lorsque la personne aidée décède

Organisation et prise en charge avec le choix entre la cotisation annuelle à une association permettant de réactiver les liens sociaux, l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien (5 entretiens maximum) : prestations à destination de l'aidant.

PRESTATIONS DE PROTECTION JURIDIQUE

Assurées par CFDP Assurances dans le cadre d'Harmonie Protection Juridique (Extrait des garanties figurant dans la notice d'information Harmonie Protection Juridique)

La protection juridique consiste « à prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre, ou contre une réclamation dont il est l'objet, ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi » (article L.127-1 du Code des Assurances).

Les montants contractuels de prise en charge figurent dans la notice d'information Harmonie Protection Juridique

PROTECTION JURIDIQUE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE

En cas de litige résultant d'une erreur médicale, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil.

PROTECTION JURIDIQUE HANDICAP ET DÉPENDANCE

En cas de difficultés lors de l'organisation d'une situation de dépendance, intervention auprès d'une maison de retraite ou d'un établissement médicalisé, d'une aide-ménagère, d'une assistante médicale ou de tous services de proximité, des aides publiques..., accompagnement en cas de litige sur la délivrance d'une carte de transport ou de stationnement, avec un fournisseur d'équipements liés au handicap (fauteuils, prothèses...) ou une entreprise ayant réalisé des travaux d'aménagement du domicile suite à la perte d'autonomie.

MESURES DE PROTECTION D'UN PROCHE

Avis et conseils sur les différentes mesures de protection prévues par le Code Civil (sauvegarde de justice, mise sous tutelle ou sous curatelle) et sur les démarches à entreprendre pour solliciter leur ouverture. Faire valoir ses droits lorsque la mesure de protection envisagée ou prise est contestée.

Pour contacter l'action sociale, Harmonie Santé Services et Harmonie Protection Juridique :

Pour les adhérents résidant dans les DROM ou appelant de l'étranger : 00 33 969 39 29 13
Accueil : 24 heures sur 24 – 7 jours sur 7

N°Cristal 09 69 39 29 13

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 969500JLU5ZHB9G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet – 75016 Paris.

Harmonie Santé Services est un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire souscrit par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA), union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRBOATR28, dont le siège social se situe : 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 Vertou Cedex au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit. bénéficient d'une garantie santé. Les adhérents affiliés au niveau 2 ou ayant souscrit le renfort 1 de l'axe « être accompagné » bénéficient ainsi que leurs ayants droit de garanties d'assistance dédies ; celles-ci sont souscrites sous la forme d'un contrat collectif d'assurance par la Mutuelle auprès de RMA.

La protection Juridique est assurée auprès de CFDP Assurances, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Lyon sous le numéro 958 506 166 B, numéro LEI 969500ZWRQGF852NM39, siège social : Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69 003 Lyon

VIVOPTIM SOLUTIONS, enregistrée au RCS de Paris sous le n° SIREN 840 628 895 dont le siège social est situé 3, square Max Hymans – 76748 Paris Cedex 15.



Harmonie
mutuelle
GROUPE **vyv**



Exemples de remboursement de votre garantie santé

EXEMPLES	Prix moyen praticqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0,00 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €		prix moyen nationale de l'acte pour un œil
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale	431,00 €	247,70 €	147,85 €	35,45 €		prix moyen nationale de l'acte pour un œil
OPTIQUE						
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,5	102,50 €	0,00 €		
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	220,00 €	124,91 €	Equipement adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	306,00 €	148,70 €		Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	274,13 €	189,33 €		Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	210,00 €	890,00 €	0,00 €	>20 ans	Prix moyen national de l'acte
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	210,00 €	540,00 €	726,00 €	>20 ans	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	18,40 €	22,50 €		Tarif conventionnel



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

Annexe Lettre avenant – Effet 01/01/2024

CONDITIONS GÉNÉRALES NOTICE D'INFORMATION Additif

**Cet additif est indissociable des Conditions générales – Notice d'information HM.CG-NI.2023 et HM.CG-NI/NR.2023.
Les articles des Conditions générales cités ci-après sont remplacés et complétés par les articles suivants listés à partir de la page 2.**

QUELLES SONT LES PRINCIPALES MODIFICATIONS ?

Cet additif annule et remplace certains articles des conditions générales et notices d'information afin principalement d'intégrer les impacts réglementaires suivants :

- Publication du décret n° 2023-182 du 16 mars 2023 relatif à la résiliation et à la dénonciation des contrats d'assurance par voie électronique (« résiliation en 3 clics ») ; précision sur la possibilité de résilier son contrat par voie électronique ;
- Insertion du lien hypertexte vers le code de conduite HM ;
- Précision relative à la suspension de la prescription par la saisine du médiateur ;
- Nouvelle signalétique de tri harmonisée obligatoire afin de répondre au besoin d'information des consommateurs et se mettre en conformité avec les nouvelles exigences ;
- Mise en œuvre de la loi anti-gaspillage pour l'économie circulaire (loi AGECE) avec l'insertion de l'identifiant unique de la mutuelle généré par l'Agence de la transition écologique (ADEME) ;

et de préciser à des fins d'éclaircissement ou d'adaptation à l'évolution de pratiques de la mutuelle certains articles :

- Précision sur la possible délégation de gestion du contrat auprès d'un prestataire ;
- Précision sur la nature facultative ou obligatoire de l'adhésion des ayants droit ;
- Précision sur la durée d'adhésion à une option avant que la résiliation soit possible ;
- Précision relative à la garantie frais d'obsèques et la possible demande de la mutuelle d'un acte de notoriété, établi par un notaire ;
- Précision quant à la périodicité de règlement de la cotisation ;
- Renvoi vers le formulaire disponible sur l'espace personnel « espace Harmonie&Moi » pour effectuer une réclamation écrite par voie électronique ;
- Mise à jour des coordonnées de l'annexe s'agissant des adresses où envoyer une réclamation.

NOUVEAUX ARTICLES DES CONDITIONS GÉNÉRALES – NOTICE D'INFORMATION

Référencées HM.CG-NI.2024 et HM.CG-NI/NR.2024 Modifiant les HM.CG-NI.2023 et HM.CG-NI/NR.2023

ARTICLE PRÉLIMINAIRE 1 OBJET DU CONTRAT

PRÉLIMINAIRE 1.1 CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE

Le présent contrat, régi par le Code de la Mutualité, a pour objet de définir les conditions dans lesquelles la mutuelle assure des garanties frais de santé, telles que définies aux conditions particulières.

Il est souscrit par un employeur ou par une personne morale (dénommé ci-après le souscripteur) au bénéfice de ses salariés ou de ses membres relevant des catégories visées aux conditions particulières. Le salarié ou le membre de la personne morale souscriptrice signe un bulletin d'adhésion et devient ainsi membre participant de la mutuelle. Il bénéficie alors des prestations définies au contrat et en ouvre le bénéfice à ses ayants droit dès lors qu'ils sont inscrits au bulletin d'adhésion, ceci dans les conditions et limites définies aux conditions générales et particulières du présent contrat. Il est ci-après dénommé adhérent.

PRÉLIMINAIRE 1.2 EN CAS DE DÉLÉGATION DE GESTION DU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE

Le présent contrat peut, le cas échéant, faire l'objet d'une délégation de gestion auprès d'un prestataire.

Dans cette hypothèse, le niveau de délégation accordé par la mutuelle au prestataire peut recouvrir :

- les actions d'adhésions et de radiation et leur suivi ;
- l'appel et le recouvrement des cotisations ;
- le paiement des prestations ;
- le traitement des réclamations.

La mutuelle sera alors représentée par le gestionnaire dans ses relations avec l'adhérent visées aux Chapitres I, II, IV et V du présent contrat. Les documents administratifs afférents à l'adhérent, comme la carte de tiers payant, seront par conséquent ceux du gestionnaire.

La délégation de gestion est susceptible de conduire à une responsabilité conjointe du prestataire et de la mutuelle dans le traitement des données personnelles. Les obligations qui en incombent, stipulées à l'article Protection des données à caractère personnel, sont alors complétées par les dispositions afférentes du document d'information du prestataire à destination des adhérents.

PRÉLIMINAIRE 8.2 RÉSILIATION À L'INITIATIVE DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur peut résilier le contrat collectif annuellement au plus tard le 31 octobre de l'année civile, sous réserve de l'application de l'article Préliminaire 5 relatif à la durée du contrat.

À l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la prise d'effet du présent contrat, le souscripteur dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L.221-10-2 et L.221-10-3 du Code de la Mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la mutuelle selon l'une des modalités suivantes, au choix du souscripteur :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;

– par voie électronique ;
– lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion ou l'adhésion au régime par un mode de communication à distance, par le même

Envoyé en préfecture le 03/01/2024

Reçu en préfecture le 03/01/2024

Publié le 03/01/2024

ID : 044-200067635-20240103-01_2024_04-AU



– par tout autre moyen prévu par le contrat.

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification du souscripteur.

En cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire ouverte à l'encontre du souscripteur, les garanties subsistent sous réserve du paiement des cotisations. L'administrateur judiciaire ou le liquidateur peut résilier le contrat par lettre recommandée avec avis de réception ou envoi recommandé électronique.

3.2 Bénéficiaires des garanties

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

- l'adhérent ;
- les ayants droit suivants :
 - le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20^{ème} anniversaire ou son 28^{ème} anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

Le souscripteur peut opter pour une affiliation obligatoire ou facultative des ayants droit, tel que notifié dans l'acte juridique, conformément aux dispositions de l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

3.3 Choix du niveau de garantie

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

[1^{er} § uniquement pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI.2023]

Lorsque les conditions particulières et la notice d'information le prévoient, les adhérents peuvent faire le choix de souscrire une garantie optionnelle.

La modification de garantie à la hausse (garantie à la hausse) à l'initiative de l'adhérent prend effet 6 mois après la date de réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois à compter de la date d'adhésion ou de la date du précédent changement de niveau garantie. La modification de garantie à la baisse à l'initiative de l'adhérent prend effet au jour de réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois après la date d'adhésion ou la date du précédent changement de niveau garantie.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

Les conditions particulières et la notice d'information peuvent prévoir plusieurs niveaux de garantie.

La modification de garantie à la hausse à l'initiative de l'adhérent prend effet 6 mois après la date de réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois à compter de la date d'adhésion ou de la date du précédent changement de niveau garantie. La modification de garantie à la baisse à l'initiative de l'adhérent prend effet au jour de réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois après la date d'adhésion ou la date du précédent changement de niveau garantie.

ARTICLE 5 RÉSILIATION DE LA GARANTIE, RADIATION D'UN AYANT DROIT, NULLITÉ

5.1 À l'initiative de l'adhérent

Résiliations légalement prévues

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire [uniquement pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI.2023] pour une garantie optionnelle ou dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, l'adhérent peut mettre fin à la garantie annuellement avant le 31 octobre de l'année civile.

À l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, l'adhérent dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L.221-10-2 et L.221-10-3 du Code de la Mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la mutuelle selon l'une des modalités suivantes, au choix de l'adhérent :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- par voie électronique ;
- lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- par tout autre moyen prévu par le contrat.

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de l'adhérent.

[Le reste de l'article est inchangé]

8.3 Garantie frais d'obsèques

Le cas échéant, lorsqu'une mention est portée au tableau descriptif des garanties, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient d'une garantie remboursement des frais d'obsèques. Elle a pour objet d'assurer le remboursement des frais d'obsèques engagés suite au décès d'une personne garantie, dans la limite du plafond indiqué au tableau descriptif des garanties.

La garantie frais d'obsèques est indemnitaire.

Les remboursements de frais d'obsèques sont effectués dans la limite des frais engagés.

Les frais de concession et de rapatriement du corps ne sont pas pris en charge.

La prestation est versée à la personne ayant supporté les frais sur présentation d'une facture acquittée et d'une copie d'acte de décès, dans un délai maximum de trente jours, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

La mutuelle se réserve le droit de demander en plus des pièces justificatives précitées un acte de notoriété, établi par un notaire.

Dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par l'organisme de pompes funèbres afin d'éviter tout ou partie de l'avance des frais, la mutuelle verse la prestation à cet organisme.

Le plafond de remboursement des frais d'obsèques indiqué dans le tableau descriptif des garanties fait l'objet d'une revalorisation à compter du décès de l'assuré jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au règlement de la prestation ou au plus tard jusqu'à la date de versement des sommes non réglées à la Caisse des Dépôts et Consignations.

Cette revalorisation est opérée par application d'un taux annuel égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français, disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

ARTICLE 12 PAIEMENT DE LA COTISATION (ou ARTICLE 11 PAIEMENT DE LA COTISATION pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2023)

Envoyé en préfecture le 03/01/2024

Reçu en préfecture le 03/01/2024

Publié le 03/01/2024

ID : 044-200067635-20240103-01_2024_04-AU

12.1 Règlement de la cotisation

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations (précompte de la cotisation salariale par le souscripteur et gestion dite collective).

Si l'assiette des cotisations est basée sur la masse salariale, le souscripteur doit accompagner son paiement d'une déclaration mentionnant les éléments ayant servi de référence, pour déterminer les cotisations, pour la période concernée. Une assiette de cotisation basée sur le salaire a pour référence le salaire d'un contrat de travail à temps plein.

Pour les salariés nouvellement inscrits, la cotisation est due à compter du mois de l'embauche ou de l'entrée dans la catégorie éligible visée aux conditions particulières et à la notice d'information.

Les cotisations de la garantie optionnelle et des ayants droit sont réglées par le souscripteur ou l'adhérent (gestion dite collective ou individuelle).

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations (précompte de la cotisation sur salaire par le souscripteur et gestion dite collective) et/ou par l'adhérent par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal (gestion dite individuelle).

Dans l'hypothèse d'un appel de cotisation auprès de l'adhérent, celui-ci s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés auprès de la mutuelle. La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance.

Périodicité de règlement

La périodicité de règlement de la cotisation est définie par le souscripteur lors de la mise en place du contrat ou au cours de celui-ci (paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel). À défaut de choix opéré par le souscripteur, le paiement de la cotisation s'effectue de manière trimestrielle à terme échu. En cas de défaut de paiement de la cotisation, la procédure définie à l'article Non-paiement de la cotisation sera mise en œuvre.

La périodicité de règlement de la cotisation par l'adhérent est définie lors de son adhésion ou au cours de celle-ci. Le paiement de cette cotisation s'effectue par défaut de manière mensuelle à échoir. En cas de défaut de paiement de la cotisation, la procédure définie à l'article Non-paiement de la cotisation sera mise en œuvre.

ARTICLE 18 RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

(ou ARTICLE 17 RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2023)

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

Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur l'espace « Harmonie&Moi » ou en envoyant un courrier postal à l'adresse figurant sur sa carte mutualiste.

La mutuelle accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Enfin, l'adhérent peut saisir le médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par la mutuelle, et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la mutuelle, en écrivant au service de médiation indépendant dont les coordonnées sont stipulées en annexe.

La saisine du médiateur suspend la prescription jusqu'à la fin de la médiation.

ARTICLE 20 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PRÉVENTION DE LA CORRUPTION

(ou ARTICLE 19 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PRÉVENTION DE LA CORRUPTION pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2023)

La mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la mutuelle à solliciter auprès du souscripteur et des adhérents la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la mutuelle est assujettie. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la mutuelle à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la mutuelle disponible à l'adresse suivante <https://www.harmonie-mutuelle.fr/anticorruption-nos-engagements>

Envoyé en préfecture le 03/01/2024

Reçu en préfecture le 03/01/2024

Publié le 03/01/2024

ID : 044-200067635-20240103-01_2024_04-AU



ANNEXE COORDONNÉES

Cette annexe est indissociable de vos Conditions générales – Notice d'information.

Elle remplace l'Annexe précédemment transmise.

Les dispositions définies ci-après prévalent sur celles des conditions générales dont les autres dispositions demeurent inchangées.

Envoyé en préfecture le 03/01/2024

Reçu en préfecture le 03/01/2024

Publié le 03/01/2024

ID : 044-200067635-20240103-01_2024_04-AU



INTERLOCUTEURS

ADRESSES

ASSISTANCE

» Ressources Mutuelles Assistance (RMA)

Union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex
Numéro LEI 969500YZ86NRBOATRB28.

RÉCLAMATIONS

» Soit sur votre espace Harmonie&Moi

» Soit par courrier à l'adresse figurant sur votre carte mutualiste.

» Soit sur le site du médiateur : <http://cnpm-mediation-consommation.eu>

MÉDIATION

» Soit par courrier à :

CNPM MEDIATION CONSOMMATION
27 Avenue de la Libération
42400 Saint-Chamond

DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

» Soit par courrier à :

Harmonie Mutuelle – Service DPO
29 quai François Mitterrand
44273 Nantes Cedex 2

» Soit par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr

CNIL

» Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)

3 Place de Fontenoy – TSA 80715
75334 Paris Cedex 07
(www.cnil.fr)

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

» Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)

4 place de Budapest – CS 92459
75436 Paris Cedex 09.



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, LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet – 75015 Paris.



Harmonie
mutuelle

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif