



**Harmonie
mutuelle**

GROUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

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

N°SYM-165614

Entre

AGENCE REGIONALE DE LA BIODIVERSITE NOUVELLE AQUITAINE

Adresse siège social : TELEPORT 4 ANTARES AVENUE DU FUTUROSCOPE 86360 CHASSENEUIL DU POITOU

Numéro Siren : 200101012

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 décembre 2023.

ARTICLE 2 • NATURE DU CONTRAT

Niveau	Code produit	Population	Nature de l'adhésion
Niveau 6 Produit unique	HCO600	Actif	Obligatoire
Etre Accompagné - Niveau 1	EAC100	Actif	Obligatoire
Etre Acteur - Niveau 1	EAS100	Actif	Obligatoire
Etre Accompagné - Renfort 1	EAC120	Actif	Facultative
Etre Acteur - Renfort 1	EAS120	Actif	Facultative

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.

Fait à Paris, le 26 octobre 2023 en deux exemplaires, dont l'un remis au souscripteur, qui reconnaît expressément avoir :

- préalablement à la souscription reçu le document d'information sur le produit d'assurance complémentaire santé,
- 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 »

lu et approuvé
[Signature]

Agence Régionale de la Biodiversité Nouvelle-Aquitaine
Etablissement public de coopération environnementale

SIRET 200 101 012 00017

TELEPORT 4 – Antarès
AV du Futuroscope
BP 50163 CHASSENEUIL-DU-POITOU
86962 FUTUROSCOPE CEDEX

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-165614– Effet 01/12/2023

Produit : HCO600
Type de population : Actif
Régime : Régime Général

Niveau 6 Produit unique

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Famille	151.33 Euros	13.27 %

Produit : EAC120
Type de population : Actif
Régime : Régime Autre

Etre Accompagné - Renfort 1

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Adulte	2.00 Euros	13.27 %
Enfant	1.00 Euros	13.27 %

Produit : EAS120
Type de population : Actif
Régime : Régime Autre

Etre Acteur - Renfort 1

VENTILATION	COTISATIONS MENSUELLES TTC	DONT TAXES (*)
Adulte	3.50 Euros	13.27 %
Enfant	2.00 Euros	13.27 %

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



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

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'app 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 :

CONSULTATIONS PÉDICURE/PODOLOGUE

25€/séance
(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 : ÉQUILIBRE 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 :

PILULES, ANNEAUX ET PATCHS CONTRACEPTIFS
(Selon liste, disponible sur simple demande)

60€/an

VIE SANS TABAC - SEVRAGE TABAGIQUE :

SUBSTITUTS NICOTINIQUES⁽¹⁾
CONSULTATIONS COGNITO-COMPORTEMENTALES,
HYPNOSE ERICKSONNIENNE⁽²⁾

75€/an

(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.



01/01/2020

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(els), 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 ⁽²⁾⁽³⁾

+ Forfait supplémentaire ⁽²⁾⁽³⁾

Piles

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

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 ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁶⁾

Frais d'accompagnement

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, - institut ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour

des personnes âgées.

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge, dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.

(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, 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 ⁽⁴⁾

Indemnité naissance ⁽⁷⁾

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

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

Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale. Les pourcentages ou montants de remboursements indiqués incluent le régime obligatoire. Garantie dite «responsable»

Régime obligatoire	Garantie obligatoire de l'entreprise Niveau 6 (HCO600)
70 %	230 %
70 %	200 %
70 %	100 %
60 %	100 %
65 %	100 %
65 %	100 %
30 %	100 %
15 %	100 %
70 %	230 %
70 %	200 %
70 %	230 %
70 %	200 %
70 %	100 %
-	Oui
60 %	200 %
60 %	100 % Santé
-	100 %
60 %	700 €/appareil
	100 % + 90 €/An
65 % ou 70 %	100 %
-	400 €
80 % ou 100 %	200 %
80 % ou 100 %	230 %
80 % ou 100 %	200 %
65 % ou 100 %	100 %
-	Frais réels
-	100 €/nuit
-	15 €/jour
-	60 €/jour
100 %	230 %
100 %	200 %
-	100 €/nuit
-	200 €

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

Optique

Equipement 100 % Santé (210899)

- Monture
- Par verre hors réseau ou dans le réseau
- Equipement à tarif libre (210899/10)
- Monture
- Par verre dans le réseau KALIXIA (11112)
- Simple
- Complexe
- Très complexe
- Par verre hors réseau
- Simple
- Complexe
- Très complexe
- Adaptation de la correction effectuée par l'opticien
- Verres avec filtre
- Autres suppléments (prisme, système antiphot, verres iséconiques)

Lentilles acceptées par le régime obligatoire

Lentilles refusées par le régime obligatoire

Opérations de chirurgie correctrice de l'œil

(12) Tout acte réglementaire doit être dans le respect des prix limites de vente et des palanets fixés par la réglementation.
(13) Prise en charge limitée à un équipement par patient, quel que soit le nombre de lunettes prescrites.
(14) L'équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100 % Santé ou Tarif libre).
(15) - Verres simples : - Verres unilocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries, - Verres unilocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries, - Verres unilocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries, - Verres complexes : - Verres unilocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries, - Verres unilocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, - Verres multilocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -4,00 dioptries, - Verres multilocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -4,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, - Verres multilocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -4,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, - Verres multilocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.
(16) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(17) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(18) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(19) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(20) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.

Dentaire

Soins

Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (2)

Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (2)

- Prothèses fixes

- Inlay-Core

- Prothèses transitoires

- Inlay onlay

- Prothèses amovibles

Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres

- Prothèses fixes

- Inlay-Core

- Prothèses transitoires

- Inlay onlay

- Prothèses amovibles

Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (13)

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire

- Semestre de traitement

- Autres actes (Examen, diagnostic, contention...)

Orthodontie refusée par le régime obligatoire

Implantologie (14)(15)

Parodontologie (14)(16)

Dans le réseau des praticiens partenaires agréés Kalixa dentaire (17)

Inlays-onlays (18)

Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire (18)

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire, semestre de traitement (18)

Bonification implant entre 2 dents saines (18)

Scellement des sillons pour une prémolaire (18)

Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établie par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.

(12) Les définitifs sont les prothèses fixes et les prothèses amovibles.

(13) La prise en charge des actes CCAM avec le code prospect TDS (TDS : Dentaire) est conditionnée à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un praticien partenaire agréé Kalixa dentaire. Les coordonnées de ces praticiens sont disponibles sur l'espace adhérent du site internet de la mutuelle ou sur simple demande. (14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (15) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.

(16) La prise en charge des actes CCAM avec le code prospect TDS (TDS : Dentaire) est conditionnée à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un praticien partenaire agréé Kalixa dentaire. Les coordonnées de ces praticiens sont disponibles sur l'espace adhérent du site internet de la mutuelle ou sur simple demande. (17) La prise en charge intégrale (PEC intégrale) est limitée à un acte de référence. La liste complète des actes concernés est disponible sur simple demande.

Médecines complémentaires

Ostéopathie, chiropractie, micro-kinésithérapie, acupuncture, auriculothérapie, mésothérapie,

bio-kinergie, kiné méthode méziers, TENS - neurostimulation électrique transcutanée (14)(19)

Activité physique adaptée (20)

(14) 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 médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°INESS 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 de la mutuelle et de la facture détaillée et acquittée.

Garantie obligatoire de l'entreprise
Niveau 6 (HCO600)

100 % Santé
100 % Santé

60 % + 100 €

PEC Intégrale
PEC Intégrale
PEC Intégrale

60 % + 80 €
60 % + 150 €
60 % + 180 €
100 %
100 %
100 %

100 % + 300 €/An
300 €/An
600 €/CEI

supérieur à +4,00 dioptries, - Verres multilocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -4,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, - Verres multilocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.
(11) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(12) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(13) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(14) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(15) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(16) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(17) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(18) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(19) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.
(20) Le remboursement est conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixa.

100 %

100 % Santé

400 %

175 %

100 % + 50 €

500 %

350 %

400 %

175 %

100 % + 50 €

500 %

350 %

400 €

350 %

200 %

500 €/An

500 €/implant

330 €/an

PEC intégrale

PEC intégrale

PEC intégrale

PEC intégrale

PEC intégrale

PEC intégrale

Le remboursement de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établie par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.
(12) Les définitifs sont les prothèses fixes et les prothèses amovibles.
(13) La prise en charge des actes CCAM avec le code prospect TDS (TDS : Dentaire) est conditionnée à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un praticien partenaire agréé Kalixa dentaire. Les coordonnées de ces praticiens sont disponibles sur l'espace adhérent du site internet de la mutuelle ou sur simple demande. (14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (15) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.

6 séances/an 40 €/séance

240 €/an

être accompagné

Prestation en vigueur au 01/01/2020

PRESTATIONS ET AIDES COMPLÉMENTAIRES POUR FACILITER LA VIE DANS LES MOMENTS DIFFICILES

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'ambulatorio
- 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'avance 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⁽¹⁾

En cas :

- d'hospitalisation dès l'ambulatorio
- 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.

¹dans 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

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.

**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)*

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 969500JLUSZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 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 969500YZB6NRBOATRB28, 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. Bénéficiaire 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 dédiées ; 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 958 506 156 B, numéro LEI 969500ZWOLF0852NM39, 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 - 75748 Paris Cedex 15.



Exemples de remboursement de votre garantie santé

EXEMPLES	Prix moyen pratiqué 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 €	183,30 €	0,00 €		prix moyen nationale de l'acte pour un œil
OPTIQUE						
Equipelement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,5	102,50 €	0,00 €		
Equipelement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	260,00 €	84,91 €	Equipelement 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 €	396,00 €	58,70 €		Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	354,75 €	108,70 €		Prix moyen national de l'acte
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 €	840,00 €	426,00 €	>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 €	29,90 €	11,00 €		Tarif conventionnel

Devoir de conseil

Présentation de la Mutuelle

HARMONIE MUTUELLE - Groupe vyv Siège
social : 143, rue Blomet - 75015 Paris

Cette étude est présentée par BERNARD VOET

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité
Immatriculée au répertoire Sirene : 538.518.473
N° LEI 969500JLU5ZH89G4TD57

Harmonie Mutuelle en tant que distributeur des produits qu'elle vous propose, remplit les exigences en matière de conseil en procédant au recueil de vos exigences et besoins et en vous préconisant une offre au regard de ce recueil, ne relevant pas de la recommandation personnalisée.

Votre identité

Vous êtes représentant de l'entreprise :

AGENCE REGIONALE DE LA BIODIVERSITE NOUVELLE
AQUITAINE
TELEPORT 4 ANTARES AVENUE DU FUTUROSCOPE 86360
CHASSENEUIL DU POITOU

SIRET : 20010101200017

NAF : 8412Z

Activité : ADMINISTRATION PUBLIQUE (TUTELLE) DE LA
SANTE, DE LA FORMATION, DE LA CULTURE ET DES
SERVICES SOCIAUX, AUTRE QUE SECURITE SOCIALE
ABSENCE DE CONVENTION COLLECTIVE

Vos dirigeants/bénéficiaires effectifs/ principaux actionnaires

Toute personne détenant, soit 25% du capital de l'entreprise ou des droits de votes ou à défaut les mandataires sociaux, Président de l'organe de surveillance (conseil d'administration ou directoire), les DG / DGD ou les membres du bureau (Président, Trésorier, SG) pour une association.

- Vous nous avez indiqué ne pas avoir dans votre structure juridique de bénéficiaires effectifs (avec la définition des BE).

Madame, Monsieur,

Le présent document retrace nos échanges. Cette démarche nous a permis, ensemble, de :

- Cerner vos besoins et attentes particulières en matière de protection sociale ;
- Vous fournir les informations objectives et pertinentes sur nos solutions correspondantes à vos besoins ;
- Mettre en évidence la cohérence et l'adéquation du produit d'assurance proposé avec vos besoins et attentes.

Notre questionnaire a eu pour finalité de vous aider à exprimer et définir au mieux vos besoins et attentes. Notre conseil se fonde sur l'analyse de votre situation, vos besoins exprimés tel que reportés ci-après. La qualité de notre devoir de conseil est dépendante des réponses et informations fournies.

Les informations recueillies dans le cadre de ce document sont collectées pour permettre à votre conseiller de vous proposer une offre adaptée à vos besoins et attentes.

Elles sont destinées à la mutuelle et seront conservées puis archivées le temps nécessaire à la réalisation de leur finalité et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Afin de faciliter leur traitement, les données peuvent faire l'objet d'une dématérialisation.

En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de vos données personnelles, elle est susceptible de vous solliciter pour les vérifier ou être amenée à compléter votre dossier et celui de vos ayants droits.

Les données collectées sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite de la finalité citée ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de cette finalité. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires en application des dispositions légales.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayant-droits, disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait du consentement et, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle par mail dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2 ».

En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy-TSA 80715 - 75 334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr).

Vos besoins et exigences :

Vous reconnaissez avoir reçu un exemplaire et pris connaissance de votre « Recueil de Besoins ».

Il retrace l'ensemble des éléments nécessaires à la bonne adéquation entre votre profil d'adhérent, votre situation et vos besoins en matière de protection santé et/ou prévoyance.

Afin de déterminer le contrat le mieux adapté à votre situation et à votre besoin, vous avez déclaré les éléments suivants :

- Vous avez besoin d'une complémentaire santé pour vos salariés Ensemble du Personnel
- Vous souhaitez que vos salariés aient la possibilité de prendre des options, adjonctions d'ayant droits, adjonctions de garantie...
- Vous souhaitez en plus du contrat santé des garanties annexes : assistance, réseau kalivia,...
- Vous souhaitez adhérer au 01/12/2023
- Vous choisissez d'adhérer chez Harmonie Mutuelle, et vous ne nous donnez pas mandat pour effectuer la résiliation de votre garantie actuelle souscrite auprès d'un autre organisme assureur. Vous vous engagez à effectuer les démarches auprès de votre organisme assureur actuel.

Notre préconisation

Au vu des besoins et exigences que vous avez exprimés et des offres proposées par Harmonie Mutuelle, nous vous préconisons la souscription à l'offre : Harmonie Santé CO

De par ses caractéristiques qui vous ont été expliquées, la solution que nous vous conseillons, constitue une solution cohérente au regard de votre situation.

L'offre **Harmonie Santé CO** est modulable en fonction de vos besoins et mutualisée, ce qui permet une bonne maîtrise du risque. Elle 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.

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à la charge des salariés.

En plus de la garantie souscrite, vos salariés auront la possibilité de prendre, à titre individuel, un renfort (niveau supérieur) ou de souscrire à une sur complémentaire (santé additionnelle HSCO).

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- Soins courants et prescriptions médicales : consultations médecin, analyses et examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à Service Médical Rendu (SMR) important prise en charge à 65 % par l'Assurance maladie obligatoire.

- Appareillage remboursé par l'Assurance maladie obligatoire : audioprothèses, prothèses et orthèses.
- Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour forfait journalier hospitalier.
- Transport sanitaire.
- Frais optiques : monture et/ou verres, lentilles.
- Frais dentaires : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire, bonifications des garanties dans le réseau.

Je soussigné(e), **Guillaume Riou**, déclare avoir la capacité à engager mon entreprise AGENCE REGIONALE DE LA BIODIVERSITE NOUVELLE AQUITAINE, déclare avoir été en capacité de prendre une décision en toute connaissance de cause et accepter la ou les solution(s) préconisée(s) par ma Mutuelle.

Dans le cas d'une signature électronique dématérialisée, je déclare renoncer au support papier au profit d'un support durable dématérialisé.

Je reconnais avoir pris connaissance du présent document et en disposer d'un exemplaire. Je certifie sincères et véritables les informations données et reconnais avoir été informé(e) qu'à défaut je ne pourrai me prévaloir d'un conseil non adapté à ma situation. Je déclare avoir reçu une information claire et compréhensible sur l'étendue et la définition de la garantie, ainsi que les modalités pour renoncer ou résilier le contrat proposé.

La rémunération du personnel de la mutuelle au titre de la distribution des garanties d'assurances proposées est conditionnée pour partie à l'atteinte d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Le présent document est établi conformément aux dispositions de l'article L 521-4 du code des assurances.

Fait à PARIS le : 26/10/2023

Signature :

Guillaume Riou
Riou
RESILIATION DE VOTRE GARANTIE

Votre garantie sera renouvelée chaque année automatiquement, par tacite reconduction.

Si vous souhaitez ne pas la reconduire, vous disposerez de la faculté de résilier votre contrat chaque année, avant le 31 octobre de l'année pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année ou en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion au contrat, pour une résiliation effective un mois après que la mutuelle en a reçu notification, par l'un des moyens prévus par la réglementation applicable en vigueur et détaillés dans vos documents contractuels.

Harmonie Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest - CS 92459 - 75 436 Paris cedex 09.

Pour toute réclamation liée à la distribution des offres proposées, 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 et Moi » ; ou en envoyant un courrier postal à l'adresse de contact 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, en application et dans les conditions de l'article « Médiation » des statuts, le réclamant 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, par voie électronique en complétant le formulaire prévu à cet effet à l'adresse suivante :

<http://cnpm-mediation-consommation.eu> ou en écrivant à CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION 27, avenue de la Libération – 42400 Saint-Chamond.

