

**Notice  
d'utilisation  
2016**

**PROJET  
Obligatoire**

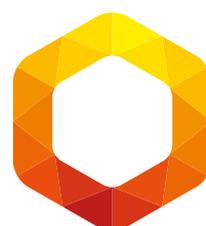
**Complémentaire santé groupe**

**Inrap**

À destination de l'ensemble des agents  
Régime général

Institut national  
de recherches  
archéologiques  
préventives

**Inrap**<sup>+</sup>  
+



**Harmonie  
mutuelle**

En harmonie avec votre vie

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

**Harmonie Mutuelle,**  
**1<sup>re</sup> mutuelle santé de France**

- Plus de **4,5 millions** de personnes protégées\*,  
\* y compris acceptations en réassurance
- **44 000** entreprises et collectivités,
- Plus de **4 400** collaborateurs,
- **541 000** ayants droit au titre du régime social des indépendants (RSI),
- Plus de **300 agences** réparties sur le territoire français.

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



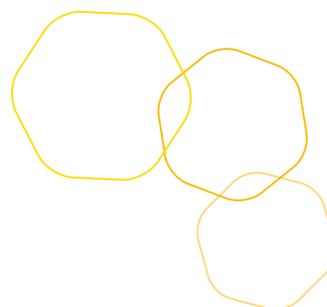
**...et la proximité d'un partenaire  
dans votre région**

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

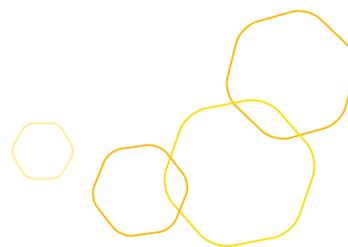
- **Relation adhérent : 0 980 98 00 18** (n° non surtaxé)
- [www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr)

## Sommaire

<input type="radio"/> Les évolutions en 2016	p 4
<input type="radio"/> Votre complémentaire santé	p 5
<input type="radio"/> Votre garantie	p 7
<input type="radio"/> Vos remboursements	p 10
<input type="radio"/> Votre réseau de professionnels de santé Kalivia	p 12
<input type="radio"/> Vos avantages santé	p 13
<input type="radio"/> Vos contacts	p 16



# Les évolutions en 2016



Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la mutuelle Harmonie Mutuelle évolue pour adopter les nouvelles normes du contrat responsable, initié par la loi de financement rectificative de la Sécurité sociale du 8 Août 2014.

L'accord collectif concernant la protection complémentaire santé de l'Inrap a donc été revu en concertation avec les organisations syndicales représentatives au sein de l'institut. Les modifications apportées à l'accord ont fait l'objet d'un avis favorable à l'unanimité en comité technique central du 16 décembre 2015.

## Ce qui change

- Le nouveau contrat responsable introduit une bonification de remboursement par les mutuelles des médecins généralistes et spécialistes ayant choisi d'adhérer au contrat d'accès aux soins (CAS), dispositif encadré par la Sécurité sociale et destiné à limiter les dépassements d'honoraires.

Ainsi, les praticiens du secteur 2 (pratiquant le dépassement d'honoraires) ayant choisi d'adhérer au CAS (une des conditions est de s'engager à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires calculé sur la base des tarifs applicables au secteur 1) seront mieux remboursés que leurs confrères pratiquant des honoraires libres.

## La garantie optique

- Cette garantie est encadrée et limitée à un équipement tous les deux ans, en l'absence de modification de la correction. Ainsi, les enfants ou adultes dont la vue continue à évoluer conservent la faculté de bénéficier du remboursement d'un équipement par an.
- Les taux de remboursement repartis en trois tranches de correction (verre simple, complexe, très complexe) restent équivalents à la garantie précédente. Parallèlement, la garantie concernant la chirurgie correctrice de l'œil est portée à 23% du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), soit 740,14 € par œil pour 2016.

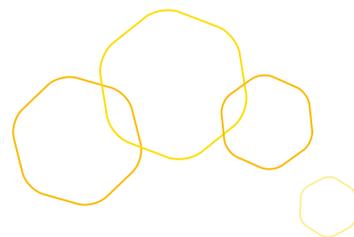
## L'appareillage

- La garantie concernant l'appareillage\* est, elle aussi, améliorée pour passer de 162% de la base de remboursement de la Sécurité sociale à 200% de cette même base. La nouvelle version de l'accord a été publiée et adressée individuellement aux agents de l'institut dans le courant du mois de janvier.

### \* L'appareillage

- Le petit appareillage (attèles, prothèses, prothèses capillaires, appareillage auditif),
- Le très gros appareillage (fauteuils, voire véhicules adaptés),
- Les appareils et instruments destinés à compenser ou à atténuer les effets d'une déficience physique (à partir du moment où ces éléments font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale dès lors qu'ils sont acceptés).

# Votre complémentaire santé



## Bénéficiaires

**Le contrat est à adhésion obligatoire pour l'ensemble des agents sous contrat de travail.**

Les ayants droit pouvant bénéficier de cette complémentaire santé collective :

- votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20<sup>e</sup> anniversaire ou leur 28<sup>e</sup> anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
- vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français ;
- les ascendants, s'ils ne sont pas imposables à titre personnel, à la charge fiscale et matérielle exclusive de l'assuré ou de son conjoint, son concubin ou de la personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

**Les agents ayant la faculté de ne pas adhérer** au présent contrat, sous réserve d'en faire expressément la demande, sont :

- les agents titulaires d'un CDD de moins de 12 mois,
- les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C).

### Cas particulier des agents de l'Inrap vivant en couple :

Il est précisé :

Lorsque les deux membres d'un couple sont agents de l'Inrap, chaque membre paie sa cotisation en totalité. Dans cette situation, les éventuels restes à charge du premier membre participant peuvent être pris en compte, dans la limite des frais engagés, au titre de la seconde adhésion.

## Prise d'effet des garanties

Les garanties sont en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour les agents en contrat de travail avec l'Inrap.

Si l'adhérent adhère ultérieurement au contrat collectif, l'adhésion prend effet au 1<sup>er</sup> jour de son contrat.

Ses droits et, le cas échéant, ceux de ses ayants droit, sont ouverts à cette date.

## Adhésion

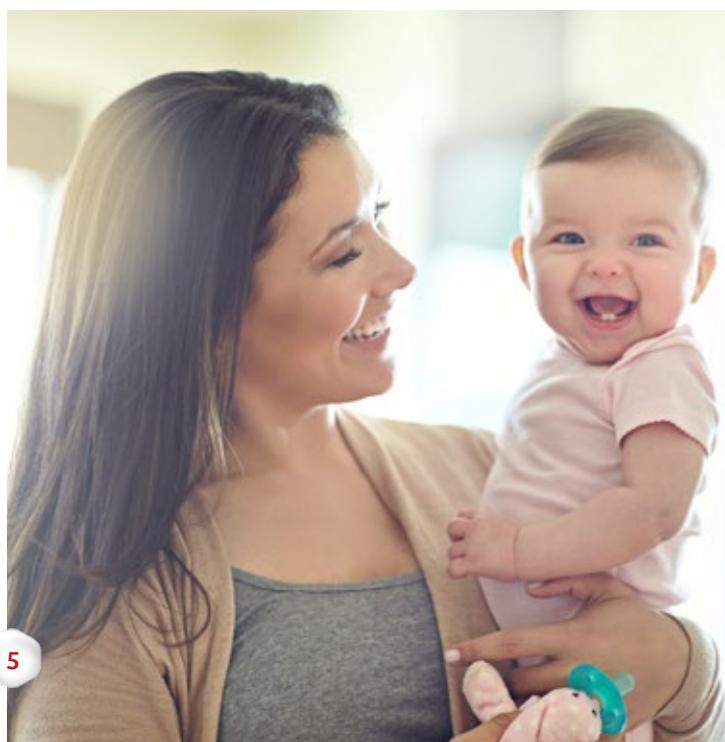
Au moment du recrutement, il convient de remplir le bulletin d'adhésion, le dater et le signer, puis le retourner à la direction des Ressources Humaines de l'Inrap, accompagné des pièces suivantes :

- une copie de votre attestation papier carte Vitale ;
- une copie de l'attestation papier carte Vitale des ayants droit si ceux-ci disposent de leur propre numéro ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal pour le virement de prestations ;
- un mandat de prélèvement SEPA si les cotisations sont prélevées directement sur votre compte bancaire ;
- si vous avez un enfant de plus de 20 ans qui est étudiant, apprenti, intérimaire, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée, en contrat d'insertion professionnelle ou s'il est handicapé avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'assurance maladie obligatoire français : fournir les justificatifs de la situation.

Vous recevrez en retour votre carte mutualiste, qui mentionnera :

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

Vous avez la possibilité de demander une carte supplémentaire par téléphone auprès du centre de contacts ou sur votre Espace adhérent sur [www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr)



# Votre complémentaire santé (suite)

## Changement de situation

Vous devez signaler à votre employeur, **dans un délai d'un mois à compter de sa survenance**, tout changement de situation. Des justificatifs sont exigés pour la prise en compte de ces changements :

- **Adhésion d'un nouvel ayant droit** : joindre la copie de l'attestation papier de la carte Vitale sur laquelle figure le nouvel ayant droit, un extrait d'acte de naissance ou un certificat d'adoption et le bulletin de modification complété.
- **Changement d'adresse** : un simple courrier suffit sauf si votre changement d'adresse implique un changement de caisse d'Assurance maladie. Dans ce cas, il faudra joindre une photocopie de l'attestation papier de la carte Vitale.
- **Changement de banque** : accompagnez votre courrier d'un RIB.
- **Changement de situation familiale** (mariage, PACS, divorce, décès...).
- **Changement de situation de vos ayants droit** (changement de régime obligatoire...).

Les documents de modifications se trouvent sur l'Intranet de l'Inrap et sont à compléter et à renvoyer au service des affaires sociales (bulletin de modification).

## Prise d'effet de vos modifications

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

## Agents sans rémunération (Congé parental, congé sans rémunération, congé pour convenance personnelle, maladie sans traitement,...)

- Les agents sans rémunération bénéficient à leur demande sur cette période, sous réserve de ne pas exercer une autre activité professionnelle rémunérée, à l'exception des dispositions prévues à l'article L.523-6 du code du Patrimoine, du maintien des garanties d'assurance complémentaire pour frais de santé à condition qu'ils s'acquittent eux-mêmes du paiement de la cotisation salariale auprès de l'organisme assureur.

- Les agents concernés attestent de leur situation de non exercice d'une activité professionnelle rémunérée par déclaration sur l'honneur.
- L'Inrap s'acquitte de la contribution patronale qui lui est facturé par l'organisme assureur.
- Lorsqu'il est fait usage des dispositions de l'article L.523-6 du code du Patrimoine, la prise en charge de la part patronale ne peut intervenir que sous réserve de son remboursement, à l'Inrap, par la collectivité territoriale concernée.
- **La cotisation de l'agent représente 40 % de la cotisation totale correspondant à 3,26 % du dernier traitement indiciaire brut**, calculé pour un service à plein temps et augmenté, le cas échéant, de l'indemnité de résidence.

## Agents sortants

### Agents en fin de contrat

Les agents en fin de contrat et qui ont fait le choix, durant le contrat, d'adhérer au régime collectif d'assurance complémentaire pour frais de santé peuvent, à la cessation de leur contrat, bénéficier du maintien, pour une durée maximum d'un an, des garanties du régime s'ils s'acquittent, à titre individuel, de l'ensemble de la cotisation afférente, comprenant les parts salariale et patronale, auprès de l'organisme assureur.

**La cotisation est égale à 3,26 % du dernier traitement indiciaire brut**, calculé pour un service à plein temps et augmenté, le cas échéant, de l'indemnité de résidence.

### Agents retraités

Les agents partant à la retraite peuvent bénéficier du maintien des garanties du régime. Ce contrat proposé par l'organisme assureur dans le cadre de l'appel d'offre mentionné au 4<sup>e</sup> alinéa du préambule de l'accord d'établissement relatif à la protection sociale complémentaire des agents de l'Inrap, est solidaire du contrat souscrit par l'Inrap. Il en reprend l'ensemble des conditions.

Le tarif unique famille proposé dans ce cadre à l'adhérent est au plus égal à 135 % de la cotisation, comprenant les parts salariale et patronale qu'il acquittait avec l'Inrap pour sa couverture en tant qu'actif. **La cotisation est égale à 4,44 % du dernier traitement indiciaire brut**, calculé pour un service à plein temps et augmenté, le cas échéant, de l'indemnité de résidence (correspondant à 135% de la cotisation des actifs).

Les agents atteints d'une inaptitude totale et définitive peuvent également bénéficier de cette disposition.



# Votre garantie (suite)

## Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016

### Régime général

#### Optique

##### Enfant (moins de 18 ans) <sup>(3)</sup>

Monture

Par verre

- Simple

- Complexe

- Très complexe

##### Adulte (18 ans et plus) <sup>(3)</sup>

Monture

Par verre

- Simple

- Complexe

- Très complexe

Lentilles acceptées par l'Assurance maladie obligatoire

Forfait lentilles refusées par l'Assurance maladie obligatoire

Opérations de chirurgie correctrice de l'œil

<sup>(3)</sup> Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00.

La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

#### Dentaire

Soins

Prothèses remboursables par le régime obligatoire :

- Prothèses

- Inlays-Core

Prothèses non remboursables par le régime obligatoire

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire

Orthodontie refusée par le régime obligatoire

Implantologie <sup>(4) (5) (6) (7)</sup>

<sup>(4)</sup> Prise en charge également de la phase préparatoire et de la connectique sur implant.

<sup>(5)</sup> Prise en charge liée à l'ostéo-intégration.

<sup>(6)</sup> Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire.

<sup>(7)</sup> Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

#### Médecines douces

Ostéopathie <sup>(7) (8)</sup>

<sup>(7)</sup> Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

<sup>(8)</sup> Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire

#### Prévention

Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)

#### Harmonie Santé Services

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

#### Garantie supplémentaire

Assistance obsèques (voir notice d'information)

Participation sur frais d'obsèques <sup>(9)</sup>

<sup>(9)</sup> Indemnité limitée aux frais réels.

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

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

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

- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

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

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

- Le ticket modérateur défini forfaitairement pour des actes supérieurs à 120€ est pris en charge par la mutuelle.

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement du régime obligatoire.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale, réévalué chaque année (3 218 € en 2016).

Les prestations d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, union technique soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire Sirene sous le n° SIREN 444 269 682. Siège social 46 rue du Moulin BP 62127, 44121 VERTOU Cedex. Conformément à la loi Informatique et Libertés, la mutuelle transmet à l'union technique, un fichier informatisé des données permettant l'identification des adhérents bénéficiaires des services d'assistance. Conditions générales disponibles sur simple demande à la mutuelle.

#### Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)

60 %

60 %

60 %

60 %

60 %

60 %

60 %

60 %

60 %

70 %

70 %

70 %

70 %

70 % ou 100 %

#### Remboursement mutuelle

Au titre du ticket modérateur et dans la limite de

Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de

4.5% du PMSS (144,81€)

4.5% du PMSS (144,81€)

6 % du PMSS (193,08€)

8 % du PMSS (257,44€)

4.5% du PMSS (144,81€)

6 % du PMSS (193,08€)

8 % du PMSS (257,44€)

10% du PMSS (321,80€)

40 % + 7,15 % du PMSS/ An (230,09 €/An)  
7,15 % du PMSS/ An (230,09 €/An)

23 % du PMSS/Œil (740,14 €/Œil)

30 %

30 %

30 %

30 % ou 0 %

300 %

300 %

200 %

+ 200 %

100 %

27 % du PMSS/ Implant

1,45 % du PMSS/ Séance

(46,66 €/Séance)

1,65 % du PMSS/An

(53,10 €/An)

Oui

Oui

27,50 % du PMSS (884,95 €)

#### Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)

60 % + 4,5% du PMSS

60 % + 4,5% du PMSS

60 % + 6 % du PMSS

60 % + 8 % du PMSS

60 % + 4,5% du PMSS

60 % + 6 % du PMSS

60 % + 8 % du PMSS

60 % + 10% du PMSS

100 % + 7,15 % du PMSS/ An

7,15 % du PMSS/ An

23 % du PMSS/Œil

100 %

400 %

400 %

200 %

300 %

100 %

27 % du PMSS/ Implant

1,45 % du PMSS/ Séance

1,65 % du PMSS/ An

Oui

Oui

27,50 % du PMSS

# Votre garantie (suite)

## L'engagement d'Harmonie Mutuelle

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

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

## Participation forfaitaire et franchises médicales

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

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

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

## Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS)

Le niveau des prestations pour les consultations inscrites dans le cadre de soins médicaux et para-médicaux, ou encore d'analyses et examens, a été aménagé, eu égard aux évolutions réglementaires en matière de contrat responsable : désormais, la hauteur de la couverture assurée par la mutuelle dépendra de l'adhésion ou non du médecin généraliste ou spécialiste au contrat d'accès aux soins (CAS). Le niveau des garanties sera ainsi plus élevé si votre médecin traitant ou le praticien consulté a signé le CAS (prise en charge à hauteur de 140%, en incluant la participation du régime obligatoire, versus 120% en l'absence d'adhésion).

**À noter** : le CAS concerne les médecins libéraux de secteur 2 dits conventionnés à honoraires libres et certains médecins en secteur 1 autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. Avec le contrat d'accès aux soins, la base de remboursement pour un médecin de secteur 2 est alignée sur les tarifs d'un médecin de secteur 1 qui ne pratique pas de dépassements d'honoraires.

**Pour savoir si votre médecin a signé ou non le CAS, vous pouvez consulter le site internet [ameli.fr](http://ameli.fr) ou prendre connaissance de l'information affichée dans le cabinet médical.**

## Prestations hors parcours de soins coordonnés

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

# Vos remboursements

## Le tiers payant

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

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

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

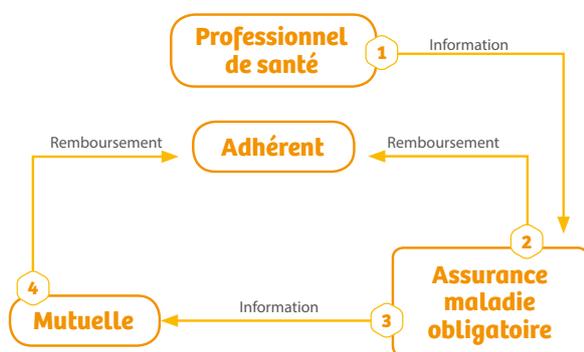
Dans la plupart des départements, le tiers payant est étendu aux radiologues, laboratoires, opticiens, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, transports sanitaires...

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



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

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



### Les + de la télétransmission

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

**Gain de temps :**  
l'assuré est remboursé plus rapidement par la mutuelle (réglement quasi simultané à celui du régime obligatoire).

## Les étapes du remboursement par télétransmission

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

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

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

Il est possible que la télétransmission ne fonctionne pas pour les enfants de plus de 20 ans inscrits à la Sécurité sociale des étudiants. Dans ce cas, vous devez adresser les décomptes du régime obligatoire du bénéficiaire concerné à Harmonie Mutuelle.

# Vos remboursements (suite)

## Les dépenses en optique et dentaire

Pour les soins importants (acquisition de lunettes et lentilles, réalisation de prothèses dentaires...), faites établir un devis par le professionnel de santé.

Transmettez-le ensuite à Harmonie Mutuelle, qui vous indiquera en retour le montant remboursé et les frais qui resteront éventuellement à votre charge.

### Les avantages

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

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

**Concernant le volet « optique »,** si les prestations ne sont pas modifiées, l'approche est néanmoins révisée : le remboursement sera désormais effectué par verre (à l'unité), afin de tenir compte du niveau de la correction (simple, complexe, très complexe), qu'il s'agisse d'un enfant de moins de 18 ans ou d'un adulte. De manière plus générale, chaque élément composant l'équipement (monture, verre) fait l'objet d'un niveau de prise en charge distinct par la mutuelle.



## Ma mutuelle en ligne

### Des services accessibles 24 h/24

**Retrouvez vos informations adhérents et tous les documents pratiques dans un même espace, sur [www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr) !**

- Suivez vos remboursements en ligne
- Consultez, téléchargez ou imprimez vos relevés de santé.
- Trouvez un opticien, un centre d'audioprothèse ou un dentiste Kalivia près de chez vous.
- Suivez vos droits à la portabilité ANI.
- Retrouvez les documents utiles : précisions sur certains remboursements, documents (bulletin de modification, mandat SEPA...).
- Informez-vous sur la mutuelle : mot du président, rapport annuel, guide pratique, Infos responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE).
- Effectuez une réclamation auprès de la mutuelle.

## Utilisation de la carte Vitale

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

### Remboursements accélérés

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

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

### À savoir

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

## Comment bénéficier des services en ligne ?

- 1 Sur [www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr), cliquez sur « connexion ». En tant qu'adhérent, choisissez le profil particulier puis cliquez sur « S'inscrire ».
- 2 Choisissez l'option « J'ai un ou plusieurs contrats Harmonie Mutuelle » puis entrez vos informations personnelles.
- 3 Saisissez votre identifiant (votre adresse e-mail) et le mot de passe de votre choix. Remplissez les champs demandés, puis recopiez le code de sécurité.
- 4 Votre inscription est presque terminée. Consultez votre messagerie : vous allez recevoir un e-mail d'Harmonie Mutuelle avec un lien cliquable pour activer votre compte.
- 5 Votre compte est désormais actif et validé !

# Kalivia

1<sup>er</sup> réseau de  
France,  
en nombre de  
bénéficiaires

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

Prix  
Qualité  
Libre choix

## Les avantages du réseau Kalivia :

- Dans le respect des Chartes Qualité, les partenaires du réseau vous proposent des prestations de qualité à des tarifs négociés par votre mutuelle, et de nombreux services et garanties.
- Vous bénéficiez du tiers payant systématique pour éviter toute avance des frais, dans la limite des garanties souscrites.

## Kalivia Optique : près de 4 700 centres d'optique partenaires

- **Jusqu'à 40 % de réduction** sur le prix des verres.
- **Au moins 15 % de réduction** sur le prix des montures (hors certaines montures griffées).
- **Jusqu'à 30 % de réduction** sur le prix des lentilles.
- **Remboursement supplémentaire**, selon la garantie\* et le type de verre.  
*\* dans les limites autorisées par le contrat responsable.*

## Kalivia Dentaire : plus de 2 000 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires

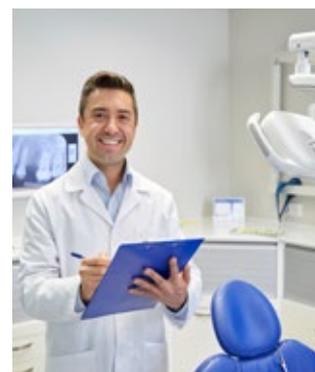
- **Accès amélioré pour de nombreux soins dentaires** : prothèses, orthodontie, implantologie et parodontologie.
- **Prévention bucco-dentaire renforcée.**
- **Honoraires de plus de 500 actes plafonnés** selon les départements.
- **10 ans de garantie pour les couronnes**, selon les conditions de la charte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

## Kalivia Audio : plus de 3 100 centres d'audioprothèse partenaires

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



Retrouvez tous les partenaires du réseau Kalivia sur l'espace adhérent du site internet de la mutuelle, en agence ou par téléphone.



# Vos avantages santé

## Avec le conventionnement hospitalier mutualiste réduisez votre reste à charge à l'hôpital

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

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

Pour connaître les établissements conventionnés : rendez-vous en **agence ou par téléphone**.

## Action sociale

**Notre fonds social** peut être sollicité pour des aides financières ponctuelles pour des frais liés à la santé ou au paiement des cotisations complémentaire santé.

**Modalités pratiques** : vous pouvez vous renseigner dans une agence proche de chez vous ou prendre contact avec notre équipe dédiée au  **09 69 39 29 13**

APPEL NON SURTAXE

**Notre Fondation d'Entreprise** soutient les associations impliquées dans la lutte contre les exclusions en apportant une aide logistique, technique ou organisationnelle.

## Assistance

### Assistance Harmonie Santé Services

Aide à domicile, garde d'enfants, soutien psychologique, école à domicile, conseil d'ordre médical, social, d'éducation... Frais médicaux à l'étranger, rapatriement, présence d'un proche, dans le cadre d'un séjour privé ou professionnel, de moins de 31 jours, ... votre garantie inclut une assistance 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

### Harmonie Protection Juridique

Recours médical, en cas de litige ou de différend résultant d'une erreur médicale, d'une erreur de diagnostic ou d'une infection nosocomiale. Intègre également une protection juridique handicap et mesures de protection d'un proche.

## Pour contacter l'assistance par téléphone

 **09 69 39 29 13**

APPEL NON SURTAXE

**Pour les adhérents résidant dans les DROM ou appelant de l'étranger :**

- Par téléphone au **00 33 969 39 29 13**
- Par fax au **00 33 240 44 43 93**
- Par mail à l'adresse **international@rmassistance.fr**

# Vos avantages santé (suite)

## Information santé, conseils pratiques et coaching santé

### Le programme « La santé de votre enfant »

Un accompagnement des parents pour aider les enfants de la naissance à 6 ans à bien grandir : informations, rendez-vous santé (alimentation, prévention des accidents domestiques, prévention bucco-dentaire...) ateliers pratiques, un site Internet dédié [www.lasantedevotreenfant.fr](http://www.lasantedevotreenfant.fr).



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

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

▶ **N°Cristal** 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

Ce service téléphonique, réservé aux adhérents Harmonie Mutuelle, est **anonyme et gratuit**. Il est accessible du **lundi au vendredi**, de **8h à 18h30** (hors jours fériés).

- De l'information, des dossiers santé et des conseils pratiques sur [www.harmonie-prevention.fr](http://www.harmonie-prevention.fr)
- **Essentiel Santé Magazine** : toute l'actualité santé, 4 fois par an.

### Un coaching santé personnalisé

Véritable compagnon bien-être au quotidien, Betterise vous fournit des conseils, plus de 30 programmes de coaching, des quizz et des recettes parfaitement adaptés à votre profil, à vos besoins et à vos envies.

Créez votre compte sur [www.betterise.harmonie-mutuelle.fr](http://www.betterise.harmonie-mutuelle.fr) (accès gratuit)



## Avantages Harmonie : un plus pour votre forme et votre bien-être

Des avantages exclusifs auprès de 4 200 partenaires dans les domaines du bien-être et des loisirs sur [www.avantages-harmonie.fr](http://www.avantages-harmonie.fr).



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

Accédez aux dernières innovations et trouvez les objets connectés les plus adaptés à vos besoins de santé. Accessible à tous, ce guide compare de nombreux objets connectés, afin de faciliter votre choix. Il vous permet de trouver les objets connectés santé compatibles avec votre smartphone, mais aussi et surtout avec votre mode de vie. Des avantages spécifiques vous attendent sur [www.guide-sante-connectee.fr](http://www.guide-sante-connectee.fr).

# Lexique

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

**CAS / Non CAS :** le dispositif CAS est un accord passé entre les praticiens et la Sécurité sociale. Le remboursement mutuelle doit différer s'il s'agit d'un praticien adhérent au « CAS », Contrat d'Accès aux Soins (CAS), qui limite ses dépassements d'honoraires ou d'un « non CAS » qui fixe librement ses honoraires.

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

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

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

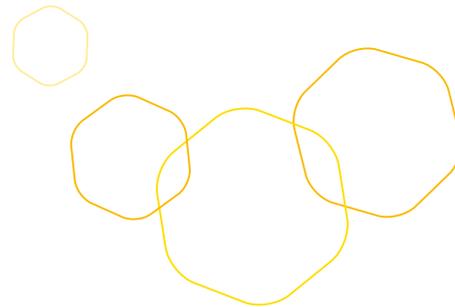
**Noémie:** norme d'échange informatique de données entre un organisme d'Assurance maladie vers un partenaire de santé et les organismes complémentaires de protection sociale. Cette norme permet la télétransmission automatique de vos décomptes Sécurité sociale à votre mutuelle afin qu'elle puisse vous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

**PACS:** pacte civil de solidarité.

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

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

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



# A chacun de vos besoins, un moyen adapté pour nous contacter

## Votre correspondant dans l'entreprise pour :

- adhérer au contrat de l'entreprise ;
- enregistrer un changement au sein de votre famille ;
- obtenir des informations sur votre cotisation.

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

## Par téléphone

- Demander des renseignements sur son contrat
- Demander des informations sur ses garanties
- Trouver une agence ou un professionnel de santé Kalivia.

**0 980 98 00 18** (n° non surtaxé)

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

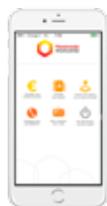
### Le saviez-vous ?

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

## Sur Internet

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

[www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr)



Retrouvez votre espace  
personnel depuis votre  
mobile pour y avoir accès  
quand vous voulez et où  
vous voulez !



Agissez pour  
le recyclage des  
papiers avec  
Harmonie Mutuelle  
et Ecofolio.



AGENCE WOW - 04/16 - Obligatoire - Document commercial - Papier issu de forêts gérées durablement et de sources contrôlées  
© DigitalMission - © Polka Dot - © Goodshoot - © Michel Touraine - © Photo.com - © Stockbyte - © Eric Audras - © Pixland.

## Par courrier

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

## Votre centre de gestion

Centre de gestion Angers  
67 rue des Ponts-de-Cé  
CS 82811  
49028 Angers cedex 01

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

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

Les garanties de protection juridique sont assurées par **CFDP Assurances**, Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 600 000 €, ayant son siège social : 1 place Francisque Régaud - 69002 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 958 506 156 B, numéro LEI 969500ZW0FLQF852NM39

**Harmonie Santé Services** est assuré par **Ressources Mutuelles Assistance**, Union Technique d'Assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, Numéro LEI 969500YZ86NRBOATRB28  
Siège social : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

**Betterise technologies**, société par actions simplifiée au capital social de 10.000 €, immatriculée au Registre du Commerce de NANTERRE sous le n° 791 307 309. Siège social : 96-98 rue de Villiers - 92300 Levallois Perret.

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



**Harmonie  
mutuelle**

En harmonie avec votre vie