



Guide de l'adhérent

Convention de participation frais de santé

ClG grande couronne

Convention de participation 2024



Votre collectivité vous permet de bénéficier d'une complémentaire santé collective, via le CIG grande couronne, coassurée par Harmonie Mutuelle et la MNT.

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

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

1^{er} partenaire santé des entreprises

- Plus de **4,8 millions** de personnes protégées*,
* y compris acceptations en réassurance
- près de **70 000** entreprises adhérentes,
- **4 500** collaborateurs,
- **plus de 200 agences** réparties sur le territoire français.

Chiffres clés MNT

- **Première mutuelle** des services publics locaux,
- plus de **1 million** de personnes protégées,
- **18 000 collectivités territoriales** accompagnées en protection sociale et santé au travail,
- **94 agences** sur le territoire national.



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

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



Retrouvez toutes les agences sur
harmonie-mutuelle.fr et **mnt.fr**



Contact :
0 805 50 00 02 (appel non surtaxé)



Site internet :
harmonie-mutuelle.fr et **mnt.fr**



Inscrivez-vous dès réception de votre carte de tiers payant

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

Votre Espace perso

Accessible dès réception de votre carte de tiers payant, votre espace réservé est totalement sécurisé et disponible sur harmonie-mutuelle.fr



Suivre mes remboursements en un clic

- Consultez vos derniers remboursements et relevés de santé.



Télécharger ma carte mutualiste

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



Accéder à mes avantages

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



Contacter facilement ma mutuelle

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



Harmonie & Moi

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

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

Téléchargez notre application Harmonie Mutuelle



Sommaire

- Votre garantie p.6
- Vos remboursements p.10
- Vos avantages santé p.11
- Essentiel Santé Magazine p.15
- Vos contacts p.16



Votre complémentaire santé

Qui est concerné ?

L'adhésion est individuelle et facultative pour l'ensemble des agents. Les bénéficiaires des garanties sont les fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé des collectivités adhérentes à la convention de participation.

Le régime est également ouvert aux agents détachés auprès des collectivités adhérentes à la convention de participation ainsi qu'aux agents mis à disposition de ces collectivités si elles l'autorisent.

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

- le conjoint non séparé, le concubin déclaré, la personne liée par un PACS ;
- Ses enfants légitimes, naturels reconnus ou adoptés, à sa charge ou celle de son conjoint, et qui au 1^{er} janvier de l'année en cours :
 - sont âgés de moins de 18 ans
 - sont âgés de moins de 21 ans et rattachés fiscalement au membre participant ou à son conjoint
 - sont âgés de moins de 21 ans et en recherche d'emploi et inscrits à ce titre à Pole Emploi
 - sont âgés de moins de 26 ans et qui :
 - poursuivent leurs études, quel que soit l'établissement d'enseignement,
 - ou sont en formation professionnelle,
 - ou sont employés dans un centre d'aide par le travail en tant que travailleurs handicapés,
 - ou sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles, et à condition que leur état d'invalidité soit reconnu avant l'âge de 21 ans,

Comment adhérer ?

L'adhésion s'effectue à tout moment sans contrôle médical, ni délai de carence.

Il suffit de remplir le bulletin d'adhésion, le dater et le signer, puis le retourner au service Ressources Humaines de votre collectivité, 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 certificat de radiation de l'ancienne complémentaire santé en cas de mutation dans le cadre d'un contrat collectif.

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.

Votre complémentaire santé (suite)

Je change de situation

Vous devez déclarer à la mutuelle, **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.

En cas de départ à la retraite :

- L'agent pourra continuer à bénéficier d'une couverture sans condition, si les garanties souscrites par l'agent à la retraite font suite, sans interruption, à celles dont il bénéficiait précédemment en qualité d'assuré « agent en activité » de la convention de participation. Pour bénéficier de cette adhésion automatique et sans condition, l'agent devra effectuer sa demande dans un délai de 12 mois à compter de l'adhésion à la convention de participation par la collectivité dans laquelle il sera en activité lors de sa mise à la retraite ;
- Les agents assurés au titre de la convention de participation ayant fait valoir leur droit à la retraite qui décident de ne plus y adhérer à la date de leur mise à la retraite, perdent définitivement la possibilité d'y adhérer ultérieurement ;

Ces modifications peuvent également être réalisées sur votre Espace réservé. Pour cela :

- Connectez-vous à votre compte personnel sur **harmonie-mutuelle.fr** ;
- Cliquez sur la catégorie « Contactez-nous » ;
- Choisissez le thème de votre demande ;
- Envoyez votre demande de modification.

Prise d'effet de vos modifications

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

Changement de niveau de garantie

Le membre participant ou les bénéficiaires peuvent changer de régime en cas d'adhésion préalable à un niveau depuis au moins une année.

Ce changement de régime prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant le délai de deux mois d'envoi de la demande de modification. La prime applicable est celle résultant de la nouvelle formule de garantie à la date d'effet des nouvelles garanties.

Maintien des garanties dans certaines situations particulières

Les conditions (garanties et tarifs) pourront être maintenues à titre individuel, sous réserve que les agents concernés en fassent la demande dans les trois mois suivant la cessation de leur fonction, en cas de :

- Détachement - disponibilité ;
- Congé parental ;
- Congé sans solde ;
- Congé pour présence parentale ou pour accompagnement d'une personne en fin de vie ;
- Disponibilité pour convenance personnelle.

Pour les agents changeant d'employeur du fait d'une réorganisation (en application de l'art. L. 5111-7 du Code général des collectivités territoriales), ceux-ci bénéficient de garanties et cotisations identiques jusqu'à l'échéance du contrat et de la convention de participation, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et la mutuelle.

Pour les agents en mobilité, les garanties sont maintenues aux mêmes conditions tarifaires, sous condition de faire la demande dans les deux mois suivant l'embauche chez le nouvel employeur par lettre recommandée avec avis de réception.

Durée et dénonciation du contrat

Le contrat est renouvelable par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative l'adhérent peut mettre fin à la garantie annuellement avant le 31 octobre de l'année civile. À l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, l'adhérent dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.

Votre garantie

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2024

	NIVEAUX DE GARANTIES		
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Soins courants			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.			
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100 % du tarif responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20 % du tarifs responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie			
Consultations, visites : généralistes			
- Praticien adhérent à un DPTAM	100 %	125 %	250 %
- Praticien non-adhérent à un DPTAM	100 %	105 %	200 %
Consultations, visites : spécialistes			
- Praticien adhérent à un DPTAM	150 %	175 %	250 %
- Praticien non-adhérent à un DPTAM	130 %	155 %	200 %
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)			
Médicaments à SMR important	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR modéré	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR faible	100 %	100 %	100 %
Frais de transport	100 %	100 %	100 %
Contraception sur prescription	100 %	100 %	100 %
Substituts nicotiniques	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens			
Actes techniques médicaux et autres actes			
- Praticien adhérent à un DPTAM	100 %	125 %	200 %
- Praticien non-adhérent à un DPTAM	100 %	105 %	180 %
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100 %	125 %	200 %
Analyses et examens de laboratoires	100 %	125 %	200 %
Matériel médical			
Matériel, pansements, accessoires, appareillage, grand appareillage, prothèses	220 %	220 %	300 %
Vaccins			
Frais d'entretien	100 %	100 %	100 %
Protection santé mentale			
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100 %	100 %	100 %
Honoraires de psychologues non remboursés par l'Assurance maladie	100 €/An	100 €/An	100 €/An
Garantie assistance psychologie (par téléphone ou présentiel - 10 séances/bénéficiaire)	Oui	Oui	Oui
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie			
Participation assurés actes > 120 €	Oui	Oui	Oui
Contraceptif prescrit	30 €/An	30 €/An	30 €/An
Produits homéopathiques (par an)	50 €/An	50 €/An	50 €/An
Médecines douces (par an) : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychomotriciens, réflexologues, substituts nicotiniques.	45 €/An	135 €/An	165 €/An

Votre garantie (suite)

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2024

	NIVEAUX DE GARANTIES		
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Aides auditives			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.			
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.			
Équipement 100 % Santé appartenant à une prise en charge renforcée			
Équipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive (y compris base de remboursement)	1 000 €	1 350 €	1 700 €
Piles remboursées par la sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.			
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100 % du tarif responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20 % du tarifs responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie			
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
- Praticien adhérent à un DPTAM	150 %	300 %	300 %
- Praticien non-adhérent à un DPTAM	130 %	200 %	200 %
Actes de spécialités			
- Praticien adhérent à un DPTAM	150 %	300 %	300 %
- Praticien non-adhérent à un DPTAM	130 %	200 %	200 %
Frais de séjour	100 %	100 %	150 %
Soins thermaux (par séjour)	100 %	100 % + 100 €	100 % + 150 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie			
Participation du patient actes > 120 €	Oui	Oui	Oui
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour et selon durée non limitée)	42 €	76 €	100 €
Chambre particulière en ambulatoire	15€/Jour	15€/Jour	15€/Jour
Forfait accompagnant enfant de moins de 16 ans (par jour, limité à 60 jours par séjour)	15 €	15 €	15 €
Optique			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.			
Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100 €. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie			
Équipement 100 % Santé appartenant à une prise en charge renforcée			
Équipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement de l'équipement (limité à 100 € pour la monture)			
a) Équipement à verres simples	150 €	270 €	370 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	200 €	360 €	493 €
c) Équipement à verres complexes	250 €	450 €	617 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	218 €	392 €	537 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	268 €	482 €	661 €
f) Équipement à verres très complexes	286 €	514 €	705 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire - Cumulable avec le forfait lunette	180 €	380 €	480 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie			
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	300 €
Correction des défauts visuels par toutes les chirurgies de l'œil (par œil)	180 €	420 €	580 €

Votre garantie (suite)

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2024

	NIVEAUX DE GARANTIES		
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Dentaire			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie			
Honoraires - Soins dentaires	100 %	150 %	200 %
Traitement d'orthodontie	190 %	235 %	300 %
Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlays-onlays)			
Panier de soins 100 % Santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	150 %	300 %	400 %
Panier de soins aux tarifs libres	150 %	300 %	400 %
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie			
Traitement d'orthodontie (par an) (% BR reconstitué)	90 %	135 %	180 %
Implant (par implant avec limite de 3 implants pan)	180 €	380 €	480 €
Autres prestations			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie			
Actes de prévention (7 actes)	100 %	100 %	100 %
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
Détartrage annuel complet	100 %	100 %	100 %
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
Dépistage hépatite B	100 %	100 %	100 %
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
Vaccins (sur liste)	100 %	100 %	100 %
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie			
Allocation naissance ou adoption	100 €	100 €	100 €
Assistance	Oui	Oui	Oui

Détail de vos garanties

L'engagement d'Harmonie Mutuelle

Le remboursement total donné à titre indicatif peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire.

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

Participation forfaitaire et franchises médicales

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

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

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

Prestations hors parcours de soins coordonnés

Lorsque vous recevez des soins médicaux sans passer par votre « médecin traitant », à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie obligatoire considère que vous ne respectez pas le « parcours de soins coordonnés ».

C'est pourquoi les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire restent, de par la loi, à votre charge exclusive et ne peuvent être remboursées par la présente garantie.



Vos remboursements



Le tiers payant

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

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

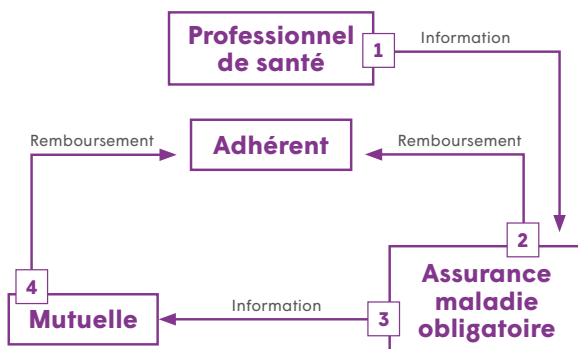
- des médicaments prescrits sur ordonnance et remboursés par l'Assurance Maladie,
- des dépenses dans les établissements hospitaliers et cliniques conventionnés.

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

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

Hors tiers payant, les remboursements sont-ils automatiques ?

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



Les + de la télétransmission

Simplification et économie :

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

Gain de temps :

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

Les étapes du remboursement par télétransmission

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

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

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

Vos avantages santé

Pour rester en bonne santé



La prévention tout un programme avec Harmonie Mutuelle

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

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

harmonie-prevention.fr



Rester en bonne santé en adoptant les comportements favorables !

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

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

harmonie-prevention.fr



Des réponses d'experts à vos questions de santé

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

 **N°Cristal 09 69 39 29 13**

APPEL NON SURTAXE

Le Bien-être et les loisirs

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

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

avantages-harmonie.fr

avantages
Harmonie

Vos avantages santé

Des soins de qualité à un coût maîtrisé



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

Kalixia Optique : près de 7 100 centres d'optique partenaires

- **Jusqu'à 40 % de réduction** sur le prix des verres.
- **Au moins 20 % de réduction** sur les montures (hormis certaines montures griffées) sur le panier à tarifs libres.
- **Jusqu'à 30 % de réduction** sur le prix des lentilles.
- **Un choix d'équipement à tarifs maîtrisés** (éventuellement sans RAC selon le niveau de la garantie) au-delà du panier 100 % Santé.

Kalixia Audio : près de 5 500 centres d'audioprothèse partenaires

- **Des prestations de qualité**, quelle que soit la classe de l'équipement 1 ou 2.
- **Des tarifs préférentiels** pour les aides auditives de classe 2.
- **Un accompagnement personnalisé** pendant toute la durée de vie de votre équipement.
- **Accompagnement personnalisé** pendant toute la durée de vie de l'équipement.
- **L'accès aux mêmes avantages pour vos parents** (ascendants directs de l'adhérent).
- **-20 % sur les accessoires** de connectivité, quel que soit le panier.

Kalixia Dentaire : près de 6 700 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires

- **Un meilleur accès aux soins** : prothèses, orthodontie, implantologie, parodontologie.
- **Une garantie de 10 ans pour les couronnes** (selon la charte qualité).
- **Une prévention bucco-dentaire renforcée** prise en charge du scellement des sillons des prémolaires.
- **Des plafonds d'honoraires** sur plus de 120 actes CCAM à forts dépassements (couronnes, orthodontie, implants).
- **Une qualité de prestations** par le respect d'une Charte de qualité formalisée et rédigée avec les professionnels de santé.

Kalixia ostéo : près de 500 ostéopathes partenaires

- **Une pratique professionnelle respectant la charte qualité du réseau** rédigée avec des ostéopathes en exercice.
- **Des conditions tarifaires avantageuses.**
- **En fonction des régions** : plafonds d'honoraires compris entre 50 et 70 €.

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

Vos avantages santé

Des soins de qualité à un coût maîtrisé (suite)



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

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

- Des soins inédits à un coût maîtrisé.

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



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

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

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



Le conventionnement hospitalier

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

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

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

BÉNÉFICIEZ DE LA TÉLÉCONSULTATION AVEC *Maiia*

Maiia, le service de prise de rendez-vous et de téléconsultation qui permet de :

- ▶ Prendre rendez-vous avec vos professionnels de santé, en cabinet ou en téléconsultation.
- ▶ Téléconsulter à tout moment avec votre médecin traitant selon ses disponibilités ou avec d'autres médecins, spécialistes (dermatologues, gynécologues, dentistes, ophtalmologues, psychiatres) ou des sages-femmes 24h/24 et 7J/7.
- ▶ Stocker et consulter tous vos documents dans l'espace patient de Maiia.
- ▶ Ces services sont disponibles sur :
 - votre espace Harmonie&Moi,
 - maiia.com, dès que vous aurez créé votre compte lors de votre première connexion aux services Maiia, depuis votre espace adhérent.

Maximum de 5 téléconsultations par an et par adhérent.

Maiia



La téléconsultation
incluse dans votre
garantie santé !

Vos avantages santé

Être accompagné au bon moment et dans toutes les circonstances

L'assistance, un vrai soutien

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

Une assistance santé

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

- Aide à domicile ou prestations de bien-être et de soutien : portage de repas, entretien du linge, coiffure ou pédicure à domicile...
- Garde d'enfants, de personnes dépendantes, d'animaux familiers ;
- École à domicile ;
- Présence d'un proche au chevet : organisation du déplacement ;
- Acheminement de médicaments, courses ;
- Téléassistance ;
- Frais de télévision ;
- Conseil et transfert médical...

En cas de traitement anticancéreux :

- Aide à domicile.

Décès d'un bénéficiaire

Avant le décès :

- Par téléphone, enregistrement et respect des volontés.

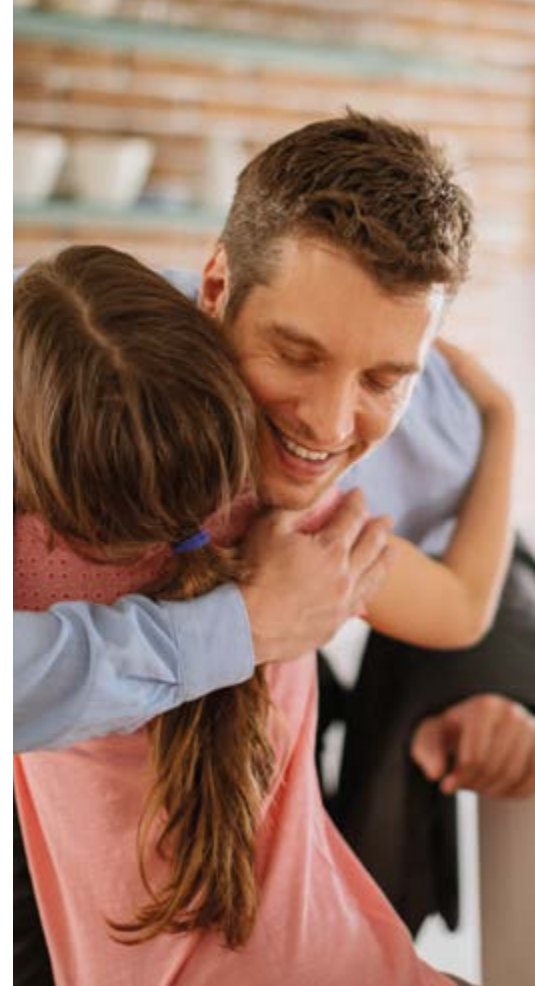
Lors du décès :

- Conseil devis ;
- Organisation des obsèques ;
- Service d'accompagnement et d'écoute ;
- Aide à domicile ;
- Garde d'enfants ;
- Téléassistance...

Un service d'informations et de conseils

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

- Informations sociales et juridiques ;
- Soutien psychologique en cas de difficultés professionnelles ou personnelles ;
- Appels de convivialité ;
- Contact confidentiel avec un médecin pour une demande d'avis médical ;
- Accompagnement de la parentalité : informations, conseils...



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

N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

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

Vos avantages santé



La protection juridique santé

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

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

Les services à la personne : un plus au quotidien

Harmonie Mutuelle renforce ses services d'aide à domicile :

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

Pour accéder à ces services et en savoir +

▶ N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

Le service d'action sociale MNT

En cas de difficultés liées à la maladie, à des problèmes familiaux ou financiers, vous bénéficiez d'une aide auprès de la MNT.

Objectif : vous permettre de continuer à bénéficier d'un accès aux soins, grâce à :

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

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

Pour accéder à ces services

▶ N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

Essentiel Santé Magazine

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

Découvrez le blog "Essentiel Santé Magazine"

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



À chacun de vos besoins, un moyen adapté pour nous contacter

Votre correspondant dans la collectivité pour:

- Adhérer au contrat de la collectivité
- Enregistrer un changement au sein de votre famille
- Obtenir des informations sur votre cotisation

Votre correspondant est votre interlocuteur dans la collectivité, il détient toutes les informations sur votre contrat.



Par téléphone **0 805 50 00 02** (appel non surtaxé)

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

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

Le saviez-vous ?

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



Sur Internet **harmonie-mutuelle.fr**

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



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



Par courrier

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

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

Votre centre de gestion

Harmonie Mutuelle
Unité de gestion de Nancy
TSA 10006
54931 Nancy Cedex

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

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

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

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

La Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, immatriculée sous le numéro SIREN 775 678 584.

