

Complémentaire santé

Production agricole de Champagne-Ardenne

À destination du personnel non cadre



Guide de l'adhérent 2019



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

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

1^{er} partenaire santé des entreprises

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

La Production
agricole a négocié un
contrat pour les salariés non
cadres agricoles de Champagne-
Ardenne, accompagnée
d'une garantie optionnelle.
Ces dispositifs sont conformes au contrat
responsable, et à l'accord
national agricole.
Cette garantie optionnelle vous
permet de bénéficier de prestations
supplémentaires à un tarif
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.



Vos agences les plus proches

Charleville-Mézières 26-28, avenue du Maréchal-Leclerc	Saint-Dizier 380, avenue de la République
Rethel 8, avenue Jean-Jaurès	Chaumont 1, avenue Debernardi
Sedan 8, rue Gambetta	Reims 22, rue des Élus
Troyes 28, rue Claude-Huez	Chalons-en-Champagne 54, rue de la Marne
Bar-sur-Aube 24, rue Nationale	Vitry-le-François 21, Grande rue de Vaux



Contacts : 0 980 980 880 (appel non surtaxé)



Site internet : www.harmonie-mutuelle.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.



Contactez facilement ma mutuelle

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



Harmonie & Moi

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

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

Téléchargez notre application Harmonie Mutuelle



Votre complémentaire santé

Les salariés bénéficiaires

Le régime frais de santé est à adhésion obligatoire pour les salariés non cadres et leurs ayants-droit relevant des activités agricoles de Champagne-Ardenne suivantes :

- ✚ culture et élevage de toute nature à l'exception des exploitations viticoles de la Champagne délimitée ;
- ✚ coopératives d'utilisation de matériels agricoles (Cuma) - à l'exception des Cuma de déshydratation et des Cuma viticoles ;
- ✚ entreprises de travaux agricoles ;
- ✚ établissements dirigés par l'exploitant agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production ;
- ✚ les structures d'accueil touristiques notamment hébergement et de restauration situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci.

L'adhésion s'effectue sans délai de carence, ni formalités médicales.

Comment résilier votre complémentaire santé actuelle ?

Au moment de l'embauche, si vous aviez déjà une complémentaire santé, vous devez mettre fin à l'adhésion de celle-ci par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme qui vous assurait précédemment (l'accord conventionnel vous permet de le faire sans attendre la date butoir du 31 octobre ou des deux mois précédents la date d'échéance de votre contrat).

Vous pouvez toutefois, si vous le souhaitez, conserver votre contrat individuel jusqu'à l'échéance annuelle en remplissant un bordereau de demande de dispense d'affiliation au présent régime auprès de votre employeur.

Les cas de dispenses

Les salariés entrant dans l'une des situations suivantes peuvent être dispensés d'adhérer au régime sur présentation de justificatif :

1. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission **d'une durée au moins égale à douze mois**, à condition qu'ils justifient d'une couverture individuelle à une complémentaire santé par ailleurs.
2. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission **d'une durée inférieure à douze mois** sans avoir à justifier d'une couverture individuelle à une complémentaire santé par ailleurs.
3. Le salarié en CDD d'une durée inférieure à 3 mois, embauché depuis le 1er janvier 2016, à condition qu'il ait souscrit par ailleurs à une complémentaire santé individuelle respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ouvrant droit au bénéfice du versement santé.
Dans ce cas, le salarié peut demander, sous certaines conditions, à son employeur le bénéfice du versement santé prévu à l'article L911-7-1 du code de la sécurité sociale.

4. Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute, à condition qu'ils justifient d'une couverture individuelle à une complémentaire santé par ailleurs ;

5. Les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

6. Les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

7. Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture qui les couvre à **titre collectif et obligatoire**.

8. Les salariés à employeurs multiples qui bénéficient d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi.

✚ Comment obtenir la dispense d'affiliation ?

Vous devez formuler votre demande par écrit au moment de l'embauche, avec les justificatifs votre situation.

Lorsque vous ne remplissez plus les conditions d'adhésion facultative, vous devez impérativement en informer votre employeur. La cotisation sera due obligatoirement à compter du mois civil suivant.

Les ayants droit du salarié

Les personnes considérées comme ayants droit du salarié sont :

- ✚ son conjoint non séparé de corps judiciairement ou divorcé, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- ✚ ses enfants ou ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement ou divorcé, de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS, à charge, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^e anniversaire ou 28^e anniversaire, s'ils poursuivent des études,
- ✚ ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS, bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

À quel moment votre adhésion sera-t-elle enregistrée ?

L'adhésion intervient au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié est embauché.

Votre complémentaire santé (suite)

Comment adhérer ?

✚ **Vous êtes salarié agricole de la Marne, de la Haute-Marne, des Ardennes ou de l'Aube.**

Votre cotisation est familiale et vous êtes affilié à titre obligatoire pour vous et votre famille. Vous devez donc inscrire vos ayants droit.

Les modalités d'adhésion sont les suivantes :

- remplir le bulletin d'adhésion remis par votre entreprise pour vous inscrire ainsi que vos ayants droit ;
- dater et signer votre bulletin d'adhésion puis le retourner accompagné des pièces complémentaires à fournir :

**Centre de gestion de la région Champagne-Ardenne
Harmonie Mutuelle - CS 40015 - 88198 GOLBEY cedex**

Comment choisir son niveau de garantie ?

Le régime frais de santé est composé de 2 niveaux de garanties appelés :

- ✚ régime conventionnel de base obligatoire,
- ✚ option (à la charge exclusive salarié).

Lors de votre adhésion, vous devez choisir d'adhérer ou non à l'option et le mentionner en cochant la case correspondante sur votre bulletin d'adhésion.

En cas de changement en cours d'adhésion, vous devez communiquer votre nouveau choix sur le bulletin de demande de modification.

Comment souscrire l'option ?

Cette adhésion doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant l'affiliation au régime de base obligatoire et prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion.

Passé ce délai de 2 mois, tout salarié bénéficiaire du régime de base obligatoire a la possibilité d'adhérer au régime optionnel supplémentaire au 1^{er} janvier de chaque année et pour une durée minimale d'un an. À l'issue de cette durée minimale d'un an, le salarié a la possibilité de renoncer à la fin de chaque année au régime optionnel supplémentaire, sous réserve de notifier sa décision à l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception expédiée au moins 2 mois à l'avance. Toute renonciation au régime optionnel supplémentaire entraîne une impossibilité de nouvelle adhésion pour une période de 2 ans.

Quelles sont les pièces à fournir ?

- ✚ une photocopie de votre attestation Vitale et celle de vos ayants droit s'ils ne sont pas inscrits sous votre numéro de MSA. En cas de concubinage ou de PACS, toute pièce justificative mentionnant conjointement les deux noms et au minimum une attestation sur l'honneur,
- ✚ un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) afin d'effectuer le remboursement de vos frais de santé directement sur votre compte bancaire ou postal,
- ✚ un mandat de prélèvement SEPA pour la cotisation optionnelle,
- ✚ la photocopie du justificatif de la situation de votre ou vos enfant(s) à charge : certificat de scolarité, carte d'étudiant, contrat d'apprentissage, attestation Pôle emploi, carte d'invalidité adulte handicapé, contrat emploi-formation.



Votre complémentaire santé (suite)

Si vous changez de situation en cours du contrat ?

Il suffit d'adresser une demande par courrier à Harmonie Mutuelle.

✚ **Adhésion d'un nouvel ayant droit :** joindre la copie de l'attestation de la carte Vitale sur laquelle figure le nouvel ayant droit, un certificat de naissance (pour une naissance), une copie du jugement d'adoption (pour une adoption).

✚ **Changement d'adresse :** un simple courrier suffit sauf si votre changement d'adresse implique un changement de caisse de MSA. Dans ce cas, il faudra joindre une photocopie de l'attestation de la carte Vitale.

✚ **Changement de banque :** accompagnez votre courrier d'un RIB.

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.

Comment payer vos cotisations ?

✚ **Vous êtes salarié agricole de la Marne, de la Haute-Marne, des Ardennes ou de l'Aube.**

Votre adhésion se fait par le biais d'une cotisation familiale dont la part vous incombant est prélevée tous les mois sur votre salaire.

✚ La cotisation afférente à l'option sera prélevée sur votre compte bancaire ou postal.

Dans quels cas les garanties peuvent être maintenues ?

1. Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 (N° 89-1009), peuvent demander le maintien auprès de la mutuelle, de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

✚ les anciens adhérents salariés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ;

✚ les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois, à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat. Dans ces hypothèses, la cotisation est exclusivement à la charge de l'assuré dont le montant est encadré.

✚ Les garanties de bases peuvent être maintenues en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions fixées aux articles L911-1 à L911-8 du code de la Sécurité sociale.

Depuis le 1^{er} juin 2014 et conformément aux dispositions de l'article 911-8 du Code de la Sécurité sociale, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et tant qu'il bénéficie de l'assurance chômage. L'ancien salarié qui retrouve un emploi est affilié auprès de l'assureur du nouvel employeur. Il cesse alors de bénéficier de la portabilité et en informe Harmonie Mutuelle.

Les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au Contrat durant le temps de leur droit à portabilité. Leur garantie de base est maintenue sans contrepartie de cotisation dans le cadre d'un système de mutualisation.

Quelle est ma situation durant les périodes de maladie, accident ou maternité ?

✚ En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil pour maladie, accident ou maternité, pris en charge par la MSA, le bénéfice des prestations correspondant au régime de base obligatoire est maintenu, avec exonération du versement des cotisations. Les régimes optionnels restent maintenus sous réserve du paiement de la cotisation par l'assuré.

✚ En cas de suspension du contrat de travail pour un des congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie du salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé correspondant au régime de base obligatoire pendant les 3 premiers mois civils complets de la suspension du contrat sans versement de cotisation. Les garanties des régimes optionnels restent maintenues sous réserve du paiement de la cotisation par l'assuré. Si l'absence est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Vos garanties

Garanties en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2019

NATURE DES RISQUES

	REMBOURSEMENT REGIME DE BASE - MSA		REGIME DE BASE (régime obligatoire + Base)	REGIME OPTIONNEL (régime obligatoire + Base + Option)
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle		
Frais médicaux				
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes				
• Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	70%	90%	290 % BR	Frais réels
• Autres praticiens. ⁽¹⁾	70%	90%	200 % BR	200 % BR
Actes Techniques et dépassement d'honoraires				
• Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	70%	90%	290 % BR	Frais réels
• Autres praticiens. ⁽¹⁾	70%	90%	200 % BR	200 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM...)				
• Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	70%	90%	290 % BR	Frais réels
• Autres praticiens. ⁽¹⁾	70%	90%	200 % BR	200 % BR
Sages-femmes	70%	90%	290 % BR	Frais réels
Auxiliaires médicaux	60%	90%	290 % BR	Frais réels
Analyses médicales	60% ou 100%	90% à 100%	290 % BR	Frais réels
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	-	30 € par séance / 1 séance par an	30 € par séance / 3 séances par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire
Pharmacie				
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	65% BR	90%	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu modéré	30% BR	80%	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu faible	15% BR	15%	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	Néant	Néant
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	Néant	Néant
Hospitalisation (conventionné ou non)				
Frais de séjour	80% à 100%	100%	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux et dépassements d'honoraires.				
• Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	80% à 100%	100%	255 % BR	Frais réels
• Autres praticiens. ⁽¹⁾	80% à 100%	100%	200 % BR	200 % BR
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100%	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (24 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière				
• Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	25 € / jour	30 € / jour
• Maternité	-	-	25 € / jour	55 € / jour
• Psychiatrie	-	-	25 € / jour	30 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire			15 € / jour	15 € / jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	Néant	25 € / jour
Maternité ⁽²⁾	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais de transport	65%	65%	100 % BR	100% BR
Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% à 70%	65% à 90%	100% BR	100% BR + 200 €/An
Dentaire				
Soins Dentaires	70%	90%	200 % BR	Frais réels
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70%	90%	200 % BR	200 % BR
Inlay Cores (acceptés par le régime de base)	70%	90%	200 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70%	90%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base)	-	-	200 €/An	400 € / an / bénéficiaire
Parodontologie (refusée par le régime de base)	-	-	Néant	Néant
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70% à 100%	90% à 100%	220 % BR	300 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-	200 €/An	400 € / an / bénéficiaire

Vos garanties (suite)

Garanties en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2019

NATURE DES RISQUES (suite)

	REMBOURSEMENT REGIME DE BASE - MSA		REGIME DE BASE (régime obligatoire + Base)	REGIME OPTIONNEL (régime obligatoire + Base + Option)
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle		
Optique				
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) ⁽³⁾			Tous les 2 ans	Tous les 2 ans
Monture seule	60%	90%	455 % BR	60 % / 90% BR + 100 €
2 verres simples classe (a) ⁽⁴⁾	60%	90%	60 % / 90 % BR + 220 €	60 % / 90 % BR + 270 €
2 verres complexes classe (b) ⁽⁴⁾	60%	90%	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 450 €
2 verres très complexes classe (c) ⁽⁴⁾	60%	90%	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 550 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) ⁽⁴⁾	60%	90%	60 % / 90 % BR + 285 €	60 % / 90 % BR + 360 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁴⁾	60%	90%	60 % / 90 % BR + 285 €	60 % / 90 % BR + 410 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁴⁾	60%	90%	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 500 €
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0% à 60%	0% ou 90%	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	Neant	Néant
Prothèse hors dentaire				
Prothèse auditive (hors entretien)	60%	90%	200 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	200 % BR + 650 € / an / bénéficiaire
Autres prothèses et petit appareillage	60%	90%	100 % BR	165 % BR
Gros appareillage	100%	100%	100 % BR	100 % BR
Fourniture médicale et pansement	60%	90%	100 % BR	100 % BR

Légende :

BR : Base de Remboursement

TM : Ticket Modérateur

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM CO : Option de pratique tarifaire maîtrisée / Option de pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie Obstétrique)

(2) Dans la limite des frais réellement engagés

(3) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles

Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries

Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

(4) Y compris forfait monture

Vos cotisations 2019

	BASE				OPTION 1		BASE + OPTION 1	
	Part de l'employeur		Part du salarié		Part du salarié			
ACTIFS	% PMSS	€	% PMSS	€	% PMSS	€	% PMSS	€
Famille	0,895%	30,22 €	0,895%	30,22 €	0,410%	13,85 €	2,200%	74,30 €

Détail de vos garanties

L'engagement d'Harmonie Mutuelle

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

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

Participation forfaitaire et franchises médicales

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

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

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

Prestations hors parcours de soins coordonnés

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



Vos remboursements

Le tiers payant

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

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

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

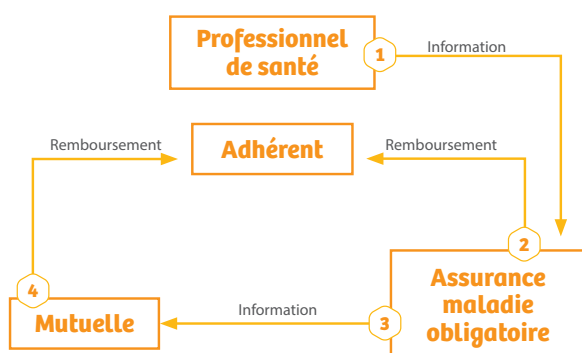
Dans la plupart des départements, le tiers payant est étendu aux radiologues, laboratoires, opticiens, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, transports sanitaires...

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



Hors tiers payant, les remboursements sont-ils automatiques ?

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



Les + de la télétransmission

Simplification et économie :

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

Gain de temps :

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

Les étapes du remboursement par télétransmission

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

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

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

Vos remboursements (suite)

Utilisation de la carte Vitale

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

Remboursements accélérés

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

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

Remboursement des frais antérieurs à l'adhésion

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

Les dépenses en optique et dentaire

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

Les avantages

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

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



Lexique

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

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

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

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

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

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

PACS : pacte civil de solidarité.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale.

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

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

Vos avantages santé

Pour rester en bonne santé



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

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

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

guide-sante-connectee.fr



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

avantages
Harmonie

Le Bien-être et les loisirs

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

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

avantages-harmonie.fr

Vos avantages santé

Des soins de qualité à un coût maîtrisé



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

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

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

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

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

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

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



Kalixia ostéo : près de 400 ostéopathes partenaires

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

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

Vos avantages santé

Des soins de qualité à un coût maîtrisé (suite)



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

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

- Des soins inédits à un coût maîtrisé.

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



VYV Care, plus de 1 000 établissements de soins et de services

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

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



Le conventionnement hospitalier

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

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

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



Impossible de joindre son médecin traitant ou un spécialiste ?

Avec la téléconsultation MesDocteurs, consultez un médecin, en direct 24h/24 et 7j/7.

Où que vous soyez (même depuis l'étranger), quand vous voulez (même la nuit), vous pouvez consulter immédiatement un médecin via votre Smartphone, tablette ou ordinateur.

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

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

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

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

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

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

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

MesDocteurs n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence, contactez le 15 ou le 112 (numéro d'urgence européen).

Vos avantages santé

Être accompagné au bon moment et dans toutes les circonstances

L'assistance, un vrai soutien

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

Une assistance santé

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

- Aide à domicile ou prestations de bien-être et de soutien : portage de repas, entretien du linge, coiffure ou pédicure à domicile...
- Garde d'enfants, de personnes dépendantes, d'animaux familiers ;
- Soutien scolaire à domicile ou à l'hôpital ;
- Présence d'un proche au chevet : organisation du déplacement.

En cas de traitement anticancéreux, à domicile ou à l'hôpital :

- Aide à domicile.

Une assistance complémentaire pour les personnes en situation de handicap

En cas d'hospitalisation ou de maternité, d'accident ou de maladie soudaine de l'aidant, de déménagement :

- Organisation et prise en charge de la garde du chien guide ;
- Aide aux démarches administratives, aux déplacements...
- Accompagnement pour les examens médicaux.

Une assistance à l'étranger

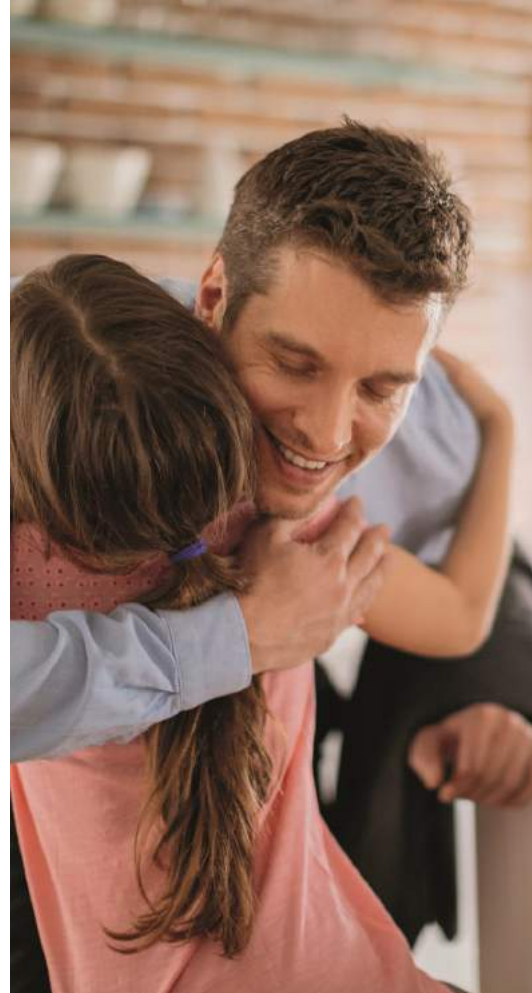
Valable lors de séjours privés ou professionnels de moins de 31 jours consécutifs, en cas d'accident, de maladie soudaine, de blessure ou d'hospitalisation imprévue à l'étranger (service téléphonique disponible 24h/24, 7J/7) :

- Transfert ou rapatriement sanitaire ;
- Avance et prise en charge de frais médicaux ;
- Mise à disposition d'un médecin sur place ;
- Retour des bénéficiaires ;
- Remboursement des appels téléphoniques vers l'assistance.

Un service d'informations et de conseils

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

- Orientation dans les démarches administratives à effectuer ;
- Soutien psychologique en cas de difficultés professionnelles ou personnelles ;
- Contact confidentiel avec un médecin pour une demande d'avis médical ;
- Service à la personne : un soutien pour vous aider à trouver un prestataire de service.



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

► **N°Cristal** 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

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

Vos avantages santé



La protection juridique santé

Dans le cadre d'un litige, un conseil juridique est essentiel pour faire valoir ses droits.

Vous bénéficiez d'un accompagnement **grâce aux experts d'Harmonie Protection Juridique**, lors d'un contentieux lié à :

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

Les services à la personne : un plus au quotidien

Harmonie Mutuelle renforce ses services d'aide à domicile :

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

Le service d'action sociale d'Harmonie Mutuelle

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

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

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

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

Pour accéder à ces services et en savoir +

► N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

Essentiel Santé Magazine

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



Découvrez le blog "Essentiel Santé Magazine"

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





Lexique optique

Les professionnels de la vision

L'ophtalmologiste

Médecin spécialiste des yeux, il mesure et contrôle les capacités visuelles du patient : l'acuité, la mobilité oculaire, le champ visuel, les structures externe et interne de l'œil, etc. Si besoin, il prescrit des lunettes ou des lentilles de correction.

Il soigne également les maladies des yeux (conjonctivite, glaucome, conséquences de certaines maladies générales...) et pratique les interventions chirurgicales comme celles de la cataracte, du strabisme ou de la chirurgie correctrice.

Enfin, il prescrit si besoin une rééducation oculaire chez un orthoptiste.

L'orthoptiste

Il est chargé du dépistage, de la rééducation et de la réadaptation des troubles de la vision. Il intervient sur prescription médicale d'un ophtalmologiste pour un strabisme, un défaut de convergence, une rééducation de la basse vision, une gêne oculaire (par exemple si les yeux piquent lors du travail sur écran), des difficultés d'adaptation à des verres progressifs, etc.

L'opticien

Professionnel de la vision, il fournit au patient l'équipement (lunettes, lentilles) prescrit par l'ophtalmologiste. Il joue à la fois un rôle de conseiller (choix des verres et de la monture) et de technicien (réglage des lunettes) pour un confort optimal.

Les défauts visuels

Les amétropies

Ce sont les défauts visuels les plus fréquents. Myopie, hypermétropie, astigmatisme ou presbytie, l'image ne se forme pas correctement sur la rétine, la vision est floue.

Le strabisme

C'est une déviation d'un ou des deux yeux. Elle provient d'un mauvais fonctionnement des muscles contrôlant les mouvements des globes oculaires et doit être corrigée tôt pour éviter toute perte de la vision.

Le daltonisme

C'est une mauvaise perception des couleurs (rouge, vert et bleu notamment). Cette anomalie héréditaire touche principalement les hommes, 8 % en sont atteints.

Les maladies des yeux

Le glaucome

Il se caractérise par une augmentation de la pression du globe oculaire puis par la détérioration progressive du nerf optique. Cette maladie redoutable ne provoque aucun symptôme au début de son évolution mais se manifeste souvent par des atteintes irréparables du champ visuel. Elle touche environ 1,5 million de Français dont 500 000 ignorent en être atteints.

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

Elle affecte une partie de la macula et entraîne une perte progressive et définitive de la vision à partir de 65 ans. La personne perçoit une tache noire dans son champ visuel. Un traitement au laser ou par médicaments permet de stabiliser les lésions.

La cataracte

C'est une opacification du cristallin. Dans un premier temps, le sujet est gêné par une sensibilité anormale à la lumière pouvant s'accompagner de larmoiements. Progressivement, la vision baisse puis entrave les gestes du quotidien, ce qui entraîne l'indication d'une intervention chirurgicale.

La conjonctivite

Un œil rouge avec une sécrétion de pus ? Il s'agit d'une inflammation de la conjonctive (muqueuse qui recouvre la partie interne des paupières et le blanc de l'œil) due à des germes. Très contagieuse mais bénigne, elle n'atteint pas l'acuité visuelle et se traite souvent à l'aide d'un collyre.

Les corrections

La myopie

Défaut visuel le plus fréquent, la myopie se caractérise par une vision de loin défectueuse.

Premiers signes d'alerte : l'enfant plisse les yeux pour voir de loin ou écrit le nez collé à son cahier. La myopie simple, dite scolaire, débute entre l'âge de 7 et 14 ans et évolue quelques années avant de se stabiliser. La myopie-maladie débute plus tôt et doit être corrigée précocement.

Des verres correcteurs concaves, plus épais sur les bords qu'au centre, permettent de repousser l'image sur la rétine.

Lexique optique (suite)

L'hypermétropie

L'hypermétrope voit mal de près car l'image se forme en arrière de la rétine. Cette nécessité d'accommoder sa vision se traduit en général par des fatigues visuelles ou des maux de tête. Une hypermétropie peu importante ne nécessite pas toujours de correction. Plus conséquente, elle se corrige par des verres convexes, plus épais au centre que sur les bords, afin de repositionner l'image sur la rétine.

L'astigmatisme

L'astigmate a une vision déformée, de près comme de loin.

De plus, il peine à distinguer les contrastes entre les lignes horizontales, verticales et obliques avec une tendance à confondre les signes proches (M, H et N, 8 et 0). Ce défaut est souvent associé à une myopie ou à une hypermétropie.

Des verres de correction toriques compenseront les courbures de la cornée.

La presbytie

Avec le temps, le cristallin perd de son élasticité. Sa faculté de mise au point sur les objets proches diminue. Le presbyte lit avec les bras de plus en plus tendus. Pour compenser ce défaut d'accommodation, les verres seront en demi-lune, à double foyer (un segment inférieur corrige la vision de près et un segment supérieur la vision de loin) ou progressifs (sans rupture optique ni esthétique entre la partie haute et la partie basse du verre).

Les verres

Unifocal (verre)

Verre correcteur supportant la même puissance sur toute sa surface et destiné à corriger un seul défaut à la fois, uniquement la vision de près ou uniquement la vision de loin. Ce verre peut corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme.

Multifocal (verre)

Verre correcteur supportant plusieurs puissances. Il permet de corriger en même temps la vision de près et la vision de loin. Ce type de verre est destiné aux presbytes.

Sphère

Mesure en dioptries pour la correction de la myopie ou de l'hypermétropie.

Cylindre

Mesure en dioptries pour la correction de l'astigmatisme.

Torique (verre)

Utilisé pour corriger l'astigmatisme, il a une épaisseur variable au bord selon l'axe de l'astigmatisme.

Dioptrie

Unité de mesure caractérisant un défaut visuel, la puissance d'un verre ou d'une lentille correctrice.

La chirurgie correctrice

Le laser

Il gomme la surface de la cornée afin d'en amincir certaines parties en cas de myopie, d'hypermétropie ou d'astigmatisme.

L'amélioration est progressive au cours du premier mois après l'intervention.

L'incision cornéenne

Il corrige la courbure de l'œil pour les myopies faibles et les astigmatismes. La récupération est rapide mais la stabilité de la correction ne peut être assurée.

Les anneaux intra-cornéens

Ils sont insérés dans l'épaisseur de la cornée périphérique afin d'en modifier la forme en cas de myopie modérée.

Les implants oculaires

Ils sont introduits dans l'œil pour modifier le trajet des rayons lumineux. Ils agissent comme des lentilles de correction en cas de myopie ou d'hypermétropie importante. Mais le résultat de cette intervention dépend de facteurs individuels (la cicatrisation).

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

Votre correspondant dans l'entreprise pour :

- Adhérer au contrat de l'entreprise
- Enregistrer un changement au sein de votre famille
- Obtenir des informations sur votre cotisation

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



Par téléphone **0 980 980 880** (appel non surtaxé)

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

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

Le saviez-vous ?

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



Sur Internet **harmonie-mutuelle.fr**

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



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



Par courrier

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

Votre centre de gestion

Harmonie Mutuelle
CS 40015
88198 GOLBEY cedex

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

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

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

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

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

Harmonie Santé Services est assuré par **Ressources Mutuelles Assistance**, Union d'Assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, Numéro LEI 969500YZ86NRBOATRB28
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.



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

