



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE DE FRAIS DE SANTÉ

P030977

Entre

HSBC CONTINENTAL EUROPE

Adresse siège social : 38 Avenue Kleber – 75116 Paris

ci-après dénommée le souscripteur.

Et

Harmonie Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473 et le numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57

Siège social : 143 rue Blomet - 75015 Paris.

ci-après dénommée la mutuelle.

Table des matières

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF	1
CHAPITRE PRÉLIMINAIRE VOTRE CONTRAT COLLECTIF.....	3
CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
CHAPITRE II GARANTIES FRAIS DE SANTÉ.....	9
CHAPITRE III GARANTIES AUTRES QUE SANTÉ	13
CHAPITRE IV COTISATIONS	13
CHAPITRE V DISPOSITIONS DIVERSES	15
ANNEXE COORDONNÉES	19

CHAPITRE PRÉLIMINAIRE VOTRE CONTRAT COLLECTIF

ARTICLE 1 • DATE D'EFFET

Les présentes dispositions prennent effet à compter du 01/01/2024.

ARTICLE 2 • NATURE DU CONTRAT

Niveau	Code produit	Population	Nature de l'adhésion
BASE RG	SXSASL0655	Ensemble du personnel.	Obligatoire
BASE RL	SXSAS00655	Ensemble du personnel.	Obligatoire
BASE RG	SXSASL0655	Suspension	Facultative
BASE RL	SXSASL0655	Suspension	Facultative

ARTICLE 3 • CATÉGORIE DE PERSONNEL ÉLIGIBLE

La notice concerne la catégorie ENSEMBLE DU PERSONNEL du souscripteur.

ARTICLE 4 • BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

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

- l'adhérent
- les ayants droit suivants :
 - le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin, ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'à la fin du mois qui suit leur 18e anniversaire ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin, ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'à la fin du mois qui suit leur 28eme anniversaire s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - o Suivre des études secondaires ou supérieures, ou
 - o Être en contrat de professionnalisation, en contrat d'apprentissage, ou
 - o Être à la recherche d'un emploi et inscrit au pôle emploi.
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de l'allocation adulte handicapé (AAH) ;
- les ascendants à charge au sens de l'article 196 A bis du code Général des Impôts.

ARTICLE 5 • PRESTATIONS GARANTIES

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

ARTICLE 6 • PAIEMENT DES COTISATIONS

Payeur	Echéance
Souscripteur	MENSUEL A TERME ECHU
Adhérent	MENSUEL A ECHOIR

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 • DATE D'EFFET

Le souscripteur du contrat s'engage à remettre à chaque adhérent la notice d'information en vigueur établie par la mutuelle. Ce document définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à remplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des exclusions, des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription

ARTICLE 2 • RISQUES COUVERTS

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

ARTICLE 3 • L'ADHÉSION INDIVIDUELLE À LA MUTUELLE

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle.

Garantie des ayants droit de l'adhérent

La garantie des ayants droit est identique à celle de l'adhérent.

Prise d'effet de l'adhésion à la souscription du contrat

Pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur à la date d'effet du contrat collectif et entrant dans la catégorie éligible visée aux conditions particulières et à la notice d'information, l'adhésion prend effet à cette même date.

Prise d'effet de l'adhésion en cours de contrat

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à la date d'embauche ou à la date d'entrée dans la catégorie éligible visée aux conditions particulières et à la notice d'information.

Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'à la survenance de l'un des événements de l'article *Résiliation à titre exceptionnel*.

ARTICLE 4 • ÉVÉNEMENTS SURVENANT EN COURS D'ADHÉSION

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer au souscripteur et/ou à la mutuelle, dans un délai de 1 mois à compter de sa survenance tout changement de domicile ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

BÉNÉFICIAIRES	DATE D'EFFET DE LA MODIFICATION
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption	Au 1 ^{er} jour du mois de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande

Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de leur demande par la mutuelle.

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

Radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année civile.

La demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

MOTIF DE LA DEMANDE DE RÉSILIATION	DATE D'EFFET DE LA RÉSILIATION
Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et la mutuelle	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif
Rupture du contrat de travail	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé
Passage dans une catégorie éligible non visée par les conditions particulières et la notice d'information	

Rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur	de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.
2 Bénéfice d'un cas de dispense d'adhésion admis par les réglementations sociale et fiscale	La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande

Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

En cas de résiliation de l'adhérent, ses ayants droit sont automatiquement radiés à la même date

MOTIF DE LA DEMANDE DE RÉSILIATION	DATE D'EFFET DE LA RÉSILIATION
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.
Bénéfice d'un cas de dispense d'adhésion admis par les réglementations sociale et fiscale	
Attribution de la CSS à l'ayant droit	
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

En cas de résiliation de l'adhérent, ses ayants droit sont automatiquement radiés à la même date.

A l'initiative de la mutuelle En cas de non-paiement

La mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article *Non-paiement de la cotisation*.

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Conséquence de la résiliation et de la radiation

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation ou de la radiation, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

A compter de la date d'effet de résiliation ou de radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à ne plus utiliser sa ou ses cartes mutualistes et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait par son adhésion à celle-ci.

ARTICLE 6 MAINTIEN DE COUVERTURE

Maintiens Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci- après 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 ou, le cas échéant, dans les six mois suivants l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits définie à l'article *Portabilité* ;
- 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 6 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.

Portabilité

Les dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale imposent au souscripteur de proposer un maintien des garanties du contrat aux salariés relevant de la catégorie éligible dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage. A compter de cette rupture, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et ce dans une limite maximale de 12 mois.

Afin de permettre le respect des dispositions légales susmentionnées, les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au contrat durant le temps de leur droit à portabilité.

La garantie pour les anciens salariés bénéficiaires est maintenue dans le cadre d'un système de mutualisation qui conduit à n'appeler aucune cotisation auprès des seuls anciens salariés bénéficiaires durant leur période de maintien. A l'expiration de la période convenue de portabilité, la mutuelle procédera à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de cessation du droit.

En cas de perte anticipée du droit à portabilité, la mutuelle procédera, sur demande, à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

Personnel en suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail indemnisés donnant lieu au maintien total ou partiel de la rémunération, ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur(notamment activité partielle ou période de congé de reclassement).

La présente notice, dans les cas de suspension de contrat de travail non indemnisés, prévoit le maintien des garanties pour l'adhérent et ses ayants droit et les modalités selon lesquelles la cotisation est payée (gestion dite collective ou individuelle).

CHAPITRE II GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 7 CADRE GÉNÉRAL

Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit inscrits bénéficient des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet mentionnée aux articles *Prise d'effet de l'adhésion* et *Nouveaux bénéficiaires*.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article *Paiement de la cotisation*.

Nature de l'indemnisation

Les prestations auxquelles les garanties santé donnent droit sont des prestations en espèces et indemnitaires, ainsi **les remboursements ou indemnisations de frais occasionnés par une**

maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, le remboursement de la mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf avenant éventuellement signé entre le souscripteur et la mutuelle, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leurs dates de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical partagé ou à le compléter ;

- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les frais liés aux séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les établissements médico-sociaux, y compris les maisons d'accueil spécialisées, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées, y compris les établissements d'hébergements pour personnes dépendantes (EHPAD) ;
- la chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

ARTICLE 8 VERSEMENT DES PRESTATIONS

Règlement des prestations Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le tableau descriptif des garanties sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement définie par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties figurant aux conditions particulières et à la notice d'information, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties figurant aux conditions particulières.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé. L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées au tableau descriptif des garanties sont :

- les dates de facturation pour les médicaments, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine, et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- la date de facturation correspondant à celle de transmission au régime obligatoire pour les équipements optiques et les lentilles acceptées par le régime obligatoire. Attention, dans le cas d'une procédure de tiers payant, bien qu'un accord de prise en charge puisse être fourni durant la période de garantie, si la date de facturation est postérieure à celle de la prise d'effet de la résiliation de la garantie, ou bien de la radiation, ou de l'exclusion du bénéficiaire, le remboursement sera effectué au professionnel de santé mais la garantie n'étant pas due, le montant sera alors réclamé au bénéficiaire ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, la médecine complémentaire telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie,

les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie la psychologie,

- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation (1) ou la maternité (2) hors forfait journalier hospitalier ;
- la date de la journée d'hospitalisation pour le forfait journalier hospitalier ;
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue au tableau descriptif des garanties, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption ;
- la date des soins transmise par le régime obligatoire pour les traitements d'orthodontie acceptée par celui-ci, et la date de fin de semestre pour l'orthodontie refusée par le régime obligatoire.

(1) Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :

- en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

- ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(2) Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais engagés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, le bénéficiaire devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la mutuelle et rempli par le médecin traitant.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la mutuelle sans avoir recours aux décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente. Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

Information, délai et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros.

Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire, elles sont versées dans un délai maximum de vingt jours calendaires, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la mutuelle à l'article précédent, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire. Ce délai est ramené à dix jours lorsque, les prestations ont fait l'objet d'échanges informatisés entre la mutuelle et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire, dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes (échanges NOEMIE).

Les remboursements convenus aux présentes garanties peuvent aussi être adressés directement aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mis en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Contrôle

Afin de se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du versement des prestations, de vérifier la réalité des dépenses engagées et la réalité des prestations elles-mêmes, la mutuelle se réserve la possibilité de demander au bénéficiaire en plus des pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation des pièces complémentaires, y compris médicales.

Le service médical de la mutuelle peut ainsi soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat. Ce contrôle s'exerce sur production par le bénéficiaire de pièces justificatives médicales aux professionnels de santé sous pli cacheté portant la mention

« Confidentiel », à l'attention du service professionnel de santé choisi par la mutuelle à l'adresse inscrite dans la demande de pièces et éventuellement par expertise médicale.

Ces pièces et contrôles peuvent être demandées ou effectués avant ou après le paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les soins concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la mutuelle.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire peut être accompagné par son médecin traitant ou tout professionnel de santé de son choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou opposer les conclusions de son médecin traitant ou d'un professionnel de santé de son choix. Les honoraires du professionnel de santé choisi par le bénéficiaire restent à la charge de ce dernier.

CHAPITRE III GARANTIES AUTRES QUE SANTÉ

ARTICLE 9 GARANTIES ASSISTANCE

Lorsque le tableau descriptif de garanties le prévoit, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient également d'une garantie d'assistance.

La garantie d'assistance a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la mutuelle, sur décision de son assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Ce contrat collectif est assuré auprès d'un assistant agréé dont la dénomination, les mentions légales et les coordonnées sont stipulées en annexe.

Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise à l'adhérent par le souscripteur.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur.

CHAPITRE IV COTISATIONS

ARTICLE 10 DÉTERMINATION ET MODE DE CALCUL DE LA COTISATION

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants ou les taux sont précisés dans les conditions particulières du contrat. Elles sont déterminées en fonction du niveau de garanties choisi par le souscripteur et du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent les adhérents.

ARTICLE 11 ÉVOLUTION DE LA COTISATION

Révision de la cotisation

En cas de modifications d'ordre conventionnel, réglementaire ou législatif modifiant la portée des engagements de la mutuelle, les cotisations peuvent être révisées, au plus tôt, à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions. Cette révision peut notamment tenir compte :

- de l'assujettissement éventuel à de nouvelles taxes, contributions applicables aux mutuelles ou des modifications apportées à ces taxes ou contributions,
- de l'évolution des taux de prise en charge par le régime obligatoire, des tarifs de responsabilité et du forfait journalier hospitalier,
- de l'évolution des règles conventionnelles entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé.

Le souscripteur conserve néanmoins la possibilité de demander la résiliation du contrat dans les 30 jours suivant la date d'envoi de la révision par la mutuelle. La résiliation prendra effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande de résiliation.

Revalorisation

Les cotisations évoluent par ailleurs à chaque échéance annuelle en fonction, d'une part, du résultat technique global constaté par la mutuelle pour l'ensemble du portefeuille collectif, du résultat technique propre à chaque contrat ou famille de contrats, de modifications intervenues dans la démographie de la catégorie assurable du contrat visé, et d'autre part, des prévisions des dépenses de santé au plan national.

ARTICLE 12 PAIEMENT DE LA COTISATION

Règlement de la cotisation

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

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

Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- et d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

Non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle au souscripteur d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, la mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure au souscripteur, chaque adhérent pouvant se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

En l'absence de précompte de la cotisation par le souscripteur

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

CHAPITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 13 COUVERTURE DES ACCIDENTS

La mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent contrat et selon les modalités prévues ci-après.

Si le bénéficiaire est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident la mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite du tableau descriptif de garanties et dans le respect des obligations de prise en charge définies à l'article *Contrats solidaires et responsables*.

Recours subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans un délai de 3 mois, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la mutuelle.

A défaut d'information par l'adhérent, la mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées à cet accident.

Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

ARTICLE 14 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'adhésion au présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L 100 du code des postes et communications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente,
- un acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit

ARTICLE 15 ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du contrat, les parties conviennent d'élire domicile en leurs sièges sociaux respectifs.

Si le souscripteur a son siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, il doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

ARTICLE 16 ÉCHANGES DE DONNÉES INFORMATISÉES

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

ARTICLE 17 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le souscripteur, en tant que responsable du traitement recueille et transmet les informations relatives à l'adhérent et à ses éventuels ayants droit à la mutuelle pour permettre leur affiliation et les informera que la mutuelle met en œuvre, sous sa responsabilité, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle de la mutuelle.

La mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour (i) le recouvrement et le contentieux (ii) son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (iii) le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (iv) dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres (v) toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre pour des motifs légitimes d'un droit d'effacement, d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition.

L'adhérent a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer.

- dont les coordonnées sont stipulées en annexe. Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) dont les coordonnées sont stipulées en annexe.

ARTICLE 18 RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

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

Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur le site internet de la mutuelle ou l'espace adhérents ou en envoyant un courrier postal à l'adresse figurant sur sa carte mutualiste.

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

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

ARTICLE 19 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Le présent contrat est soumis au contrôle de l'autorité administrative dont la dénomination et les coordonnées sont stipulées en annexe.

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

La mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la mutuelle à solliciter auprès du souscripteur et des adhérents la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou

l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la mutuelle est assujettie. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la mutuelle à une quelconque sanction.

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

ANNEXE COORDONNÉES

INTERLOCUTEURS

ADRESSES

ASSISTANCE

Ressources Mutuelles Assistance

(RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex
Numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28)

RÉCLAMATIONS

Soit par internet : <https://www.harmonie-mutuelle.fr>

Soit sur votre espace Harmonie & Moi

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

MÉDIATION

Site du médiateur : <http://cnpmm-médiation-consommation.eu>

Soit par courrier à son adresse postale :
CNPMM MÉDIATION CONSOMMATION
27 Avenue de la Libération
42400 Saint-Chamond

DATA PROTECTION OFFICER(DPO)

par courrier à :
Harmonie Mutuelle – Service
DPO29 quai François
Mitterrand
44 273 Nantes cedex 2

ou par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr

CNIL

Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)
3 Place de Fontenoy - TSA 80715
75334 Paris
cedex 07
(www.cnil.fr.)

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)
4 place de Budapest - CS 92459
75436 Paris cedex 09.

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



Contrat n° P030977/13 - Régime Général - Produit de base

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - SXSAS00655 généré le 02/11/2023

ENP_73305 - HSBC CONTINENTAL EUROPE

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Consultations spécialistes, professeurs en médecine ou neuropsychiatres				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 140 %	240 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Visites				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 %	45 %		100 %
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 30 %	130 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)			152 €/An	152 €/An
<i>(1) (Selon liste sur simple demande à la mutuelle).</i>				
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %		100 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux (2)			50 €/An	50 €/An
+ Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer			550 €/An	550 €/An
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %			100 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			50 €/An	50 €/An
<i>(2) Prise en charge des chaussures orthopédiques à hauteur de 550 €/an.</i>				
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (3)(4)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (3)(4)	60 %	40 %		100 %
+ Forfait supplémentaire (3)(4)			20 % du PMSS/Appareil	20 % du PMSS/Appareil

Contrat n° P030977/13 - Régime Général - Produit de base

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - SXSAS00655 généré le 02/11/2023

ENP_73305 - HSBC CONTINENTAL EUROPE

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
AIDES AUDITIVES (suite)				
Piles	60 %	40 %		100 %
<i>(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</i>				
<i>(4) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</i>				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
Forfait cure acceptée par le régime obligatoire (5)			20 % du PMSS/An	20 % du PMSS/An
<i>(5) Pour les enfants de moins de 14 ans, le forfait sera remboursé à hauteur de 25 % PMSS/an.</i>				
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 125 %	225 %
Frais de séjour secteur non conventionné	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 125 %	225 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 145 %	245 %
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) secteur non conventionné				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 145 %	245 %
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55% ou 100%	45 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (6)			90 €/Nuit	90 €/Nuit
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 14 ans (7)(8)			2 % du PMSS/Jour	2 % du PMSS/Jour
<i>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</i>				
- cures médicales en établissements de personnes âgées,				
- ateliers thérapeutiques,				
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,				
- centres de rééducation professionnelle				
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.				
<i>(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</i>				
<i>(7) (20 ans pour enfant handicapé).</i>				
<i>(8) Concernent uniquement les frais de repas et /ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.</i>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 145 %	245 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (6)			90 €/Nuit	90 €/Nuit
<i>(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</i>				
OPTIQUE				
Équipement 100 % Santé (3)(9)(10)				100 % Santé
- Monture				100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
- Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre				100 % Santé
Équipement à tarif libre (3)(9)(10)				
Enfant (moins de 16 ans)				
- Monture (11)	60 %	100 € - RO		100 €
- Par verre				

Contrat n° P030977/13 - Régime Général - Produit de base

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - SXSAS00655 généré le 02/11/2023

ENP_73305 - HSBC CONTINENTAL EUROPE

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE (suite)				
- Unifocal sphérique				
- Sphère de -6 à + 6 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Sphère < à -6 ou > à + 6 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Unifocal sphéro-cylindrique				
- Sphère de -6 à 0 et cylindre <= à + 4 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Sphère > 0 et somme <= à +6 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Sphère > 0 et somme > à +6 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Sphère < à -6 et cylindre >= à 0,25 dioptrie	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Sphère de -6 à 0 et cylindre > à + 4 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Multifocal ou progressif sphérique				
- Sphère de -4 à + 4 dioptries	60 %	125 €		60 % + 125 €
- Sphère < à -4 ou > à + 4 dioptries	60 %	125 €		60 % + 125 €
- Multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
- Sphère de -8 à 0 et cylindre <= à + 4 dioptries	60 %	125 €		60 % + 125 €
- Sphère > 0 et somme <= à +8 dioptries	60 %	125 €		60 % + 125 €
- Sphère de -8 à 0 et cylindre > à + 4 dioptries	60 %	125 €		60 % + 125 €
- Sphère > 0 et somme > à 8 dioptries	60 %	125 €		60 % + 125 €
- Sphère < à - 8 et cylindre >= à 0,25 dioptrie	60 %	125 €		60 % + 125 €
Adulte (16 ans et plus)				
- Monture (11)	60 %	100 € - RO		100 €
- Par verre				
- Unifocal sphérique				
- Sphère de -6 à + 6 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Sphère < à -6 ou > à + 6 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Unifocal sphéro-cylindrique				
- Sphère de -6 à 0 et cylindre <= à + 4 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Sphère > 0 et somme <= à +6 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Sphère > 0 et somme > à +6 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Sphère < à -6 et cylindre >= à 0,25 dioptrie	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Sphère de -6 à 0 et cylindre > à + 4 dioptries	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Multifocal ou progressif sphérique				
- Sphère de -4 à + 4 dioptries	60 %	200 €		60 % + 200 €
- Sphère < à -4 ou > à + 4 dioptries	60 %	200 €		60 % + 200 €
- Multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
- Sphère de -8 à 0 et cylindre <= à + 4 dioptries	60 %	200 €		60 % + 200 €
- Sphère > 0 et somme <= à +8 dioptries	60 %	200 €		60 % + 200 €
- Sphère de -8 à 0 et cylindre > à + 4 dioptries	60 %	200 €		60 % + 200 €
- Sphère > 0 et somme > à 8 dioptries	60 %	200 €		60 % + 200 €
- Sphère < à -8 et cylindre >= à 0,25 dioptrie	60 %	200 €		60 % + 200 €
- Supplément verres avec filtre	60 %	40 %		100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		100 %
Lentilles acceptées par l'Assurance maladie obligatoire	60 %	40 % + 10 % du PMSS/An		100 % + 10 % du PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			10 % du PMSS/An	10 % du PMSS/An

Contrat n° P030977/13 - Régime Général - Produit de base

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - SXSAS00655 généré le 02/11/2023

ENP_73305 - HSBC CONTINENTAL EUROPE

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE (suite)				
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire (12)			30 % du PMSS/Oeil	30 % du PMSS/Oeil
Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalixia (13)				
Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale de verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti reflet (14)			Oui	Oui
<p>(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(9) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.</p> <p>(10) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).</p> <p>(11) RO: Remboursement du Régime Obligatoire</p> <p>(12) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.</p> <p>(13) Le complément de garantie est limité à 2 verres par année civile et par bénéficiaire pour les enfants et à 2 verres tous les 2 ans par bénéficiaire pour les adultes et conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance des frais dans la limite de la garantie et au recours à un opticien agréé Kalixia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles en agence et sur le site internet de la mutuelle.</p> <p>(14) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle.</p>				
DENTAIRE				
Soins	60 %	40 %	+ 170 %	270 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (15)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (15)				
- Prothèses fixes	60 %	40 %	+ 370 %	470 %
- Inlay-Core	60 %	40 %	+ 370 %	470 %
- Prothèses transitoires	60 %	40 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires (16)			50 €	50 €
- Inlay onlay	60 %	40 %	+ 170 %	270 %
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	+ 370 %	470 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	60 %	40 %	+ 370 %	470 %
- Inlay-core	60 %	40 %	+ 370 %	470 %
- Prothèses transitoires	60 %	40 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires (16)			50 €	50 €
- Inlay onlay	60 %	40 %	+ 170 %	270 %
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	+ 370 %	470 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	60% ou 100%	40 % ou 0 %	+ 300 %	400 %
Implantologie (17)(18)			700 €/Implant	700 €/Implant
Parodontologie (17)(19)			400 €/An	400 €/An
<p>Les remboursements de la mutuelle :</p> <p>- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),</p> <p>- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisés par la cellule dentaire de la mutuelle.</p> <p>(15) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</p> <p>(16) Forfait par prothèse.</p> <p>(17) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(18) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(19) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).</p>				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie et Acupuncture (17)(20)(21)			40 €/Séance	40 €/Séance
Homéopathie (17)(20)(21)			40 €/Séance	40 €/Séance

Contrat n° P030977/13 - Régime Général - Produit de base

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - SXSAS00655 généré le 02/11/2023

ENP_73305 - HSBC CONTINENTAL EUROPE

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
MEDECINES COMPLEMENTAIRES (suite)				
Consultations pédicure/podologue (20)(22)			40 €/Séance	40 €/Séance
<p>(17) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(20) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(21) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).</p> <p>(22) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire.</p>				
CONTRACEPTION				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (17)			80 €/An	80 €/An
<p>(17) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p>				
PREVENTION				
Equilibre alimentaire - Diététique (17)(20)(22)(23)			40 €/Séance	40 €/Séance
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (17)			80 €/An	80 €/An
Vaccin anti-grippal (17)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (17)			Frais réels	Frais réels
<p>(17) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(20) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(22) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(23) Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.</p>				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

*** 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).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3428 € au 01/01/2021)

Contrat n° P030977/13 - Régime local (Alsace-Moselle) - Produit de base

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - SXSASL0655 généré le 03/11/2023

ENP_73305 - HSBC CONTINENTAL EUROPE

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
Consultations spécialistes, professeurs en médecine ou neuropsychiatres				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 140 %	240 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
Visites				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 90 %	190 %
Actes de sages-femmes	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %	-		100 %
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	90 %	10 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	80 %	20 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 90 %	190 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 30 %	130 %
Examens de laboratoires	90 %	10 %	+ 60 %	160 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)			152 €/An	152 €/An
<i>(1) (Selon liste sur simple demande à la mutuelle).</i>				
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90 %	10 %		100 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux (2)			50 €/An	50 €/An
+ Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer			550 €/An	550 €/An
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %			100 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			50 €/An	50 €/An
<i>(2) Prise en charge des chaussures orthopédiques à hauteur de 550 €/an.</i>				
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (3)(4)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (3)(4)	90 %	10 %		100 %
+ Forfait supplémentaire (3)(4)			20 % du PMSS/Appareil	20 % du PMSS/Appareil

Contrat n° P030977/13 - Régime local (Alsace-Moselle) - Produit de base

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - SXSASL0655 généré le 03/11/2023

ENP_73305 - HSBC CONTINENTAL EUROPE

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
AIDES AUDITIVES (suite)				
Piles	90 %	10 %		100 %
<i>(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</i>				
<i>(4) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.</i>				
<i>Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</i>				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	90 %	10 %		100 %
Forfait cure acceptée par le régime obligatoire (5)			20 % du PMSS/An	20 % du PMSS/An
<i>(5) Pour les enfants de moins de 14 ans, le forfait sera remboursé à hauteur de 25 % PMSS/an.</i>				
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	100 %	-	+ 125 %	225 %
Frais de séjour secteur non conventionné	100 %		+ 125 %	225 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	-	+ 145 %	245 %
- Autres praticiens	100 %	-	+ 100 %	200 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) secteur non conventionné				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 145 %	245 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %	-		100 %
Chambre particulière avec nuitée (6)			90 €/Nuit	90 €/Nuit
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 14 ans (7)(8)			2 % du PMSS/ Jour	2 % du PMSS/Jour
<i>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</i>				
<i>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</i>				
<i>- ateliers thérapeutiques,</i>				
<i>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</i>				
<i>- centres de rééducation professionnelle</i>				
<i>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</i>				
<i>(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</i>				
<i>(7) (20 ans pour enfant handicapé).</i>				
<i>(8) Concernent uniquement les frais de repas et /ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.</i>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 145 %	245 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (6)			90 €/Nuit	90 €/Nuit
<i>(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</i>				
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (3)(9)(10)				
- Monture				100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
- Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre				100 % Santé
Equipement à tarif libre (3)(9)(10)				
Enfant (moins de 16 ans)				
- Monture (11)	90 %		100 € - RO	100 €
- Par verre				
- Unifocal sphérique				

Contrat n° P030977/13 - Régime local (Alsace-Moselle) - Produit de base

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - SXSASL0655 généré le 03/11/2023

ENP_73305 - HSBC CONTINENTAL EUROPE

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE (suite)				
- Sphère de -6 à + 6 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Sphère < à -6 ou > à + 6 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Unifocal sphéro-cylindrique				
- Sphère de -6 à 0 et cylindre <= à + 4 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Sphère > 0 et somme <= à +6 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Sphère > 0 et somme > à +6 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Sphère < à -6 et cylindre >= à 0,25 dioptrie	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Sphère de -6 à 0 et cylindre > à + 4 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Multifocal ou progressif sphérique				
- Sphère de -4 à + 4 dioptries	90 %		125 €	90 % + 125 €
- Sphère < à -4 ou > à + 4 dioptries	90 %		125 €	90 % + 125 €
- Multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
- Sphère de -8 à 0 et cylindre <= à + 4 dioptries	90 %		125 €	90 % + 125 €
- Sphère > 0 et somme <= à +8 dioptries	90 %		125 €	90 % + 125 €
- Sphère de -8 à 0 et cylindre > à + 4 dioptries	90 %		125 €	90 % + 125 €
- Sphère > 0 et somme > à 8 dioptries	90 %		125 €	90 % + 125 €
- Sphère < à -8 et cylindre >= à 0,25 dioptrie	90 %		125 €	90 % + 125 €
Adulte (16 ans et plus)				
- Monture (11)	90 %		100 € - RO	100 €
- Par verre				
- Unifocal sphérique				
- Sphère de -6 à + 6 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Sphère < à -6 ou > à + 6 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Unifocal sphéro-cylindrique				
- Sphère de -6 à 0 et cylindre <= à + 4 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Sphère > 0 et somme <= à +6 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Sphère > 0 et somme > à +6 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Sphère < à -6 et cylindre >= à 0,25 dioptrie	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Sphère de -6 à 0 et cylindre > à + 4 dioptries	90 %		75 €	90 % + 75 €
- Multifocal ou progressif sphérique				
- Sphère de -4 à + 4 dioptries	90 %		200 €	90 % + 200 €
- Sphère < à -4 ou > à + 4 dioptries	90 %		200 €	90 % + 200 €
- Multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
- Sphère de -8 à 0 et cylindre <= à + 4 dioptries	90 %		200 €	90 % + 200 €
- Sphère > 0 et somme <= à +8 dioptries	90 %		200 €	90 % + 200 €
- Sphère de -8 à 0 et cylindre > à + 4 dioptries	90 %		200 €	90 % + 200 €
- Sphère > 0 et somme > à 8 dioptries	90 %		200 €	90 % + 200 €
- Sphère < à -8 et cylindre >= à 0,25 dioptrie	90 %		200 €	90 % + 200 €
- Supplément verres avec filtre	90 %	10 %		100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	90 %	10 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	90 %	10 %		100 %
Lentilles acceptées par l'Assurance maladie obligatoire	90 %	10 % + 10 % du PMSS/An		100 % + 10 % du PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			10 % du PMSS/An	10 % du PMSS/An
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire (12)			30 % du PMSS/Oeil	30 % du PMSS/Oeil

Contrat n° P030977/13 - Régime local (Alsace-Moselle) - Produit de base

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - SXSASL0655 généré le 03/11/2023

ENP_73305 - HSBC CONTINENTAL EUROPE

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE (suite)				
Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalixia (13)				
Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale de verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti reflet (14)			Oui	Oui
<p>(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(9) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.</p> <p>(10) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).</p> <p>(11) RO: Remboursement du Régime Obligatoire</p> <p>(12) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.</p> <p>(13) Le complément de garantie est limité à 2 verres par année civile et par bénéficiaire pour les enfants et à 2 verres tous les 2 ans par bénéficiaire pour les adultes et conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance des frais dans la limite de la garantie et au recours à un opticien agréé Kalixia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles en agence et sur le site internet de la mutuelle.</p> <p>(14) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle.</p>				
DENTAIRE				
Soins	90 %	10 %	+ 170 %	270 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (15)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (15)				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 370 %	470 %
- Inlay-Core	90 %	10 %	+ 370 %	470 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires (16)			50 €	50 €
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 170 %	270 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 370 %	470 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 370 %	470 %
- Inlay-core	90 %	10 %	+ 370 %	470 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires (16)			50 €	50 €
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 170 %	270 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 370 %	470 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100 %		+ 300 %	400 %
Implantologie (17)(18)			700 €/Implant	700 €/Implant
Parodontologie (17)(19)			400 €/An	400 €/An
<p>Les remboursements de la mutuelle :</p> <p>- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),</p> <p>- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.</p> <p>(15) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</p> <p>(16) Forfait par prothèse.</p> <p>(17) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(18) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(19) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).</p>				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie et Acupuncture (17)(20)(21)			40 €/Séance	40 €/Séance
Homéopathie (17)(20)(21)			40 €/Séance	40 €/Séance

Contrat n° P030977/13 - Régime local (Alsace-Moselle) - Produit de base

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - SXSASL0655 généré le 03/11/2023

ENP_73305 - HSBC CONTINENTAL EUROPE

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
MEDECINES COMPLEMENTAIRES (suite)				
Consultations pédicure/podologue (20)(22)			40 €/Séance	40 €/Séance
<p>(17) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(20) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(21) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).</p> <p>(22) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire.</p>				
CONTRACEPTION				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (17)			80 €/An	80 €/An
(17) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
PREVENTION				
Equilibre alimentaire - Diététique (17)(20)(22)(23)			40 €/Séance	40 €/Séance
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)			80 €/An	80 €/An
Vaccin anti-grippal (17)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (17)			Frais réels	Frais réels
<p>(17) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(20) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(22) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(23) Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.</p>				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

*** 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).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3864 € au 01/01/2024)



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

Annexe Lettre avenant – Effet 01/01/2025

CONDITIONS GÉNÉRALES NOTICE D'INFORMATION Additif

Cet additif est indissociable des Conditions générales – Notice d'information HM.CG-NI.2024 et HM.CG-NI/NR.2024.

Les articles des Conditions générales cités ci-après sont remplacés et complétés par les articles suivants listés à partir de la page 2.

QUELLES SONT LES PRINCIPALES MODIFICATIONS ?

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

- Révision de la clause sur les dépassements pour exigence au regard de la jurisprudence et du recueil annuel des études 2023 sur les exclusions de garanties en assurances ;
- Intégration de la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale relative au transport partagé, dans le cadre de la limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ;
- Prise en compte de la faculté de prescription de l'activité physique adaptée élargie à un médecin intervenant dans la prise en charge du patient ;
- Intégration d'une clause relative à la déchéance ;
- Intégration d'une clause relative à la répétition des indus de prestations ;
- Intégration d'une clause relative à la fausse déclaration ou omission de déclaration.

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

- Précision apportée sur l'adhésion à distance ;
- Précision relative à la catégorie éligible pour le contrat collectif obligatoire ;
- Ajustement de la règle de gestion quant à la prise d'effet du changement d'option ;
- Précision quant à la durée de l'adhésion dans le cadre de la résiliation à l'échéance annuelle ;
- Précision relative à l'action possible de la Mutuelle quand les conditions exigées pour être adhérent ou ayant droit ne sont plus remplies ;
- Ajustement de la clause relative aux incidents de paiements ;
- Intégration de la notion de recommandé électronique dans les clauses relatives au non-paiement de la cotisation ;
- Précision de la règle liée au remboursement possible de la cotisation en cas de règlement de la cotisation pour partie par le souscripteur et pour partie par l'adhérent ;
- Ajustement de la clause relative à la protection des données personnelles s'agissant de la consultation possible de la « Politique de données » de la Mutuelle ;
- Ajustement de la clause relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption s'agissant des justificatifs pouvant être demandés par la Mutuelle.

NOUVEAUX ARTICLES DES CONDITIONS GÉNÉRALES – NOTICE D'INFORMATION Référéncées HM.CG-NI.2025 et HM.CG-NI/NR.2025 Modifiant les HM.CG-NI.2024 et HM.CG-NI/NR.2024

ARTICLE 3 L'ADHÉSION INDIVIDUELLE À LA MUTUELLE

[uniquement pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI.2024]

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

Pour les adhésions faites intégralement à distance, après avoir été mis en mesure de vérifier les informations données et la garantie choisie, l'adhérent valide et signe électroniquement son bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent, le cas échéant par signature électronique, notamment dans le cas des adhésions faites intégralement à distance, emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur.

3.1 Catégorie éligible [uniquement pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI.2024]

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles du souscripteur visés aux conditions particulières et à la notice d'information du contrat, et tels que définis le cas échéant dans l'acte juridique de droit du travail du souscripteur.

3.1 Catégorie éligible [uniquement pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024]

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles du souscripteur visés aux conditions particulières et à la notice d'information du contrat, et tels que définis le cas échéant dans l'acte juridique de droit du travail du souscripteur, affiliés au contrat collectif complémentaire ainsi qu'à un niveau de garantie permettant l'adjonction d'une garantie surcomplémentaire.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

Pour les adhésions faites intégralement à distance, après avoir été mis en mesure de vérifier les informations données et la garantie choisie, l'adhérent valide et signe électroniquement son bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent, le cas échéant par signature électronique, notamment dans le cas des adhésions faites intégralement à distance, emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur.

3.3 Choix du niveau de garantie

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

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

La modification de garantie à la hausse à l'initiative de l'adhérent prend effet au 1^{er} jour du mois suivant l'expiration d'un délai de 6 mois à compter de la date de réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois à compter de la date d'adhésion ou de la date du précédent changement de niveau garantie.

La modification de garantie à la baisse à l'initiative de l'adhérent prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois après la date d'adhésion ou la date du précédent changement de niveau garantie.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

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

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

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

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

5.1 À l'initiative de l'adhérent

Résiliations légalement prévues

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire pour une garantie optionnelle ou dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, l'adhérent peut mettre fin à la garantie annuellement avant le 31 octobre de l'année civile, sous réserve de l'application de l'article *Durée de l'adhésion*.

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.

(...)

Sous les tableaux « Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative » et « Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative », ajout de la clause suivante :

« La Mutuelle peut également mettre fin aux garanties si les conditions exigées pour être adhérent ne sont plus remplies. »

Sous le tableau « Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit », ajout de la clause suivante :

« La Mutuelle peut également mettre fin à la garantie si les conditions exigées pour être ayant droit du contrat ne sont plus remplies. »

[le reste de l'article est inchangé]

7.5 Limitation de prise en charge dans le cadre du contrat responsable

Dans le cadre de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient ou professionnel de santé à accéder à son dossier médical partagé ou à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

7.6 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (côtés DE par les professionnels de santé dans le cadre des rapports conventionnels avec l'Assurance maladie obligatoire).

Le médecin peut appliquer ces dépassements d'honoraires exceptionnels par exemple si le malade demande un rendez-vous en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ou à domicile sans raison de santé, pour ne pas se déplacer.

Le masseur kinésithérapeute peut appliquer ces dépassements d'honoraires exceptionnels par exemple pour des soins donnés en dehors de l'horaire normal d'activité du masseur-kinésithérapeute.

- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les frais liés aux séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les établissements médico-sociaux, y compris les maisons d'accueil spécialisées, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées, y compris les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ;

- la chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

Déchéance de garantie

Si l'adhérent ou l'ayant droit réalise une fausse déclaration de sinistre, c'est-à-dire s'il utilise volontairement des renseignements ou des documents inexacts ou falsifiés comme justificatifs ou utilise tout autre moyen frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations, il est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné. Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de la Mutuelle.

8.1 Règlement des prestations

(...)

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;

- des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;

- si nécessaire, des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais engagés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, le bénéficiaire devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la Mutuelle et rempli par le médecin prescripteur.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

(...)

Restitution des prestations indues

Dans l'hypothèse où des prestations ont été versées indûment à un bénéficiaire (par exemple, remboursement pour un soin dont la date de référence ne se situe pas pendant la période de couverture ou encore versement de la prestation en double au professionnel de santé dans le cadre d'un accord de tiers payant et au bénéficiaire) ou que les montants versés ont été supérieurs à ce qu'il était censé recevoir (suite à une erreur de calcul, par exemple), ce bénéficiaire devra rembourser à la Mutuelle les sommes indûment perçues, en application du Code Civil (articles 1302 et 1302-1 du Code Civil). Ceci s'applique y compris si l'origine de l'indu est liée à une erreur de la Mutuelle.

La Mutuelle a 5 ans pour demander le paiement de cet indu, à compter du paiement, sauf à ce qu'elle ait été empêchée d'agir par suite d'un empêchement quelconque tel que la force majeure ou l'ignorance du caractère indu du paiement.

Le cas échéant, un plan de remboursement pourra être établi avec le bénéficiaire concerné, en tenant compte de sa situation personnelle.

[le reste de l'article est inchangé]

12.2 Incident de paiement (ou 11.2 Incident de paiement pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024)

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- et d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet du mode de paiement effectué notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

12.3 Non-paiement de la cotisation (ou 11.3 Non-paiement de la cotisation pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024)

En cas de précompte de la cotisation par le souscripteur

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse une lettre recommandée de mise en demeure ou un recommandé électronique avec avis de réception au souscripteur. La garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure.

Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

(...)

En l'absence de précompte de la cotisation par le souscripteur

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse une lettre recommandée de mise en demeure ou un recommandé électronique avec avis de réception à l'adhérent. La garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure.

Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

(...)

En cas de règlement de la cotisation pour partie par le souscripteur et pour partie par l'adhérent

Le défaut de paiement du souscripteur entraîne la résiliation de l'ensemble des garanties si la part de cotisation n'a pas été réglée quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Le défaut de paiement de l'adhérent au titre de garanties facultatives, pour ses ayants droit ou pour lui-même, entraîne la résiliation des garanties si la part de cotisation n'a pas été réglée quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

À défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur, la part de la cotisation payée par l'adhérent afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque, lui est remboursée. Cela ne concerne que les garanties facultatives au titre d'option ou de la couverture des ayants droit.

[le reste de l'article est inchangé]

13.4 Fausse déclaration ou omission de déclaration (ou 12.4 Fausse déclaration ou omission de déclaration pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024)

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la modification de son adhésion ayant donné lieu à la signature d'un bulletin de modification d'adhésion, ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur la réalisation du risque, expose l'adhérent à l'application des sanctions décrites ci-après.

En application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion de la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé de la part de l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations payées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La Mutuelle peut, par ailleurs, engager des poursuites pour la récupération des prestations indument réglées.

ARTICLE 17 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL (ou 16 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024)

(...)

Ajout d'une clause à la fin de l'article :

Pour en apprendre plus sur la manière dont la Mutuelle traite leurs données, l'adhérent et ses ayants droit peuvent consulter la rubrique relative aux traitements des données à caractère personnel « Politique de données » sur le site Internet de la Mutuelle www.harmonie-mutuelle.fr

[le reste de l'article est inchangé]

ARTICLE 20 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PRÉVENTION DE LA CORRUPTION (ou 19 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PRÉVENTION DE LA CORRUPTION pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024)

La Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption.

La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès du souscripteur et des adhérents la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés).

Afin de permettre à la Mutuelle de respecter ces obligations, l'adhérent s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs demandés.

En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie.

La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction.

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



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif