



HSBC CONTINENTAL EUROPE

Notice d'information

Garanties de frais de santé
Contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire

ENSEMBLE DU PERSONNEL

Contrat n° : P030977
Effet au : 01/01/2022

Régime général



Sommaire

Chapitre 1 • Dispositions générales	2
Article 1 • Objet de la présente notice	2
Article 2 • Risques couverts	2
Article 3 • L'adhésion individuelle à la mutuelle	2
3.1 Salariés visés	2
3.2 Bénéficiaires des garanties	2
3.3 Prise d'effet de l'adhésion	2
Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion	3
4.1 Nouveaux bénéficiaires	3
4.2 Autres modifications	3
Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité	4
5.1 Cessation des garanties de plein droit	4
5.2 Radiation d'un de ses ayants droit à l'initiative de l'adhérent	5
5.3 A l'initiative de la mutuelle	5
5.4 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion	5
Article 6 • Maintien de couverture	6
Chapitre 2 • Garanties frais de santé	7
Article 7 • Cadre général	7
7.1 Contrats solidaires et responsables	7
7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties	7
7.3 Base de remboursement	7
7.4 Pluralité de garanties de frais de santé	7
7.5 Limites de remboursement	7
7.6 Non prise en charge de certaines prestations	8
Article 8 • Versement des prestations	8
8.1 Règlement des prestations	8
8.2 Contrôle	9
Chapitre 3 • Cotisations	9
Article 9 • Détermination de la cotisation	9
Article 10 • Paiement de la cotisation	10
10.1 Règlement de la cotisation	10
10.2 Non-paiement de la cotisation	10
Chapitre 4 • Dispositions diverses	10
Article 11 • Couverture des accidents	10
11.1 Recours subrogatoire	10
11.2 Déclaration d'accident	10
11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires	11
11.4 Tiers payant en cas d'accident	11
Article 12 • Prescription	11
Article 13 • Échanges de données informatisées	11
Article 14 • Autorité de contrôle	11
Article 15 • Réclamations	11
Article 16 • Protection des données à caractère personnel	12
Annexe Coordonnées	13
Tableaux des prestations	14

Chapitre 1 • Dispositions générales

Article 1 • Objet de la présente notice

Cette notice constitue un document d'information destiné à éclairer l'adhérent sur les principales dispositions du contrat collectif de complémentaire santé obligatoire souscrit par le souscripteur auprès de Harmonie Mutuelle ci-après dénommée la mutuelle.

Le contrat de l'entité HSBC Global Services (UK) Limited a été rattaché au contre d'HSBC Continental Europe. La notice d'information concerne également les adhérents provenant de l'entité HSBC GLOBAL SERVICES (UK) LIMITED. Ils bénéficient des mêmes prestations que les adhérents de l'entité souscriptrice HSBC CONTINENTAL EUROPE.

Article 2 • Risques couverts

Les garanties de 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

3.1 Salariés visés

L'adhésion au contrat est obligatoire pour les salariés du souscripteur visés ci-après :

- le salarié du souscripteur (quelle que soit la nature de son contrat de travail y compris le mandataire social)
- le salarié en congé de fin de carrière et de solidarité

L'adhésion donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de 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 et de la présente notice d'information.

3.2 Bénéficiaires des garanties

Conformément au contrat collectif obligatoire souscrit, le bénéfice des garanties est obligatoire pour l'adhérent relevant des salariés visés à l'article 3.1 et facultatif pour ses ayants droit.

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, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'adhérent;
 - 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 18^e 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 28^e 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.

3.3 Prise d'effet de l'adhésion

A la souscription du contrat

Pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur à la date d'effet du contrat collectif. Pour les ayants droit dont l'adhésion a été demandée par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet à la date d'effet du contrat collectif.

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.

Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets

- dès la date d'embauche et jusqu'à la date de sortie des effectifs du souscripteur sauf si l'adhérent est couvert par le dispositif prévu à l'article 6.3
- 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 à la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. Un bulletin de modification devra être complété à cet effet. L'information peut être réalisée par lettre, courriel au centre de gestion dédié, ou directement sur le site extranet dédié aux salariés du souscripteur.

4.1 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 de l'événement.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité.	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande par la mutuelle et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les 6 mois qui suivent l'événement.
Changement d'employeur du conjoint, pacsé ou concubin	
Autre bénéficiaire ou demande de modification non réalisée dans le délai de 6 mois	Au 1 ^{er} janvier suivant la réception de la demande.

4.2 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

5.1 Cessation des garanties de plein droit

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.

Dans le cadre d'une garantie optionnelle, l'adhésion a une durée minimum de 12 mois.

Cette adhésion produit en outre ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article *Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité*.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

L'adhésion au contrat a une durée minimum de 12 mois. Cette adhésion produit en outre ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article *Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité*.

A 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.

Le support de résiliation de l'adhérent à la mutuelle peut être au choix :

- une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- un acte extrajudiciaire ;
- lorsque la mutuelle propose l'adhésion au contrat par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de l'adhérent.

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.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative

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 (sauf si l'adhérent est couvert par le dispositif prévu à l'article 6.3)	La résiliation de l'adhésion 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 de prestations depuis cette date.
Rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur	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 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.

5.2 Radiation d'un de ses ayants droit à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit avant le 1^{er} novembre de l'année, pour prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

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.

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 :

Motif de la demande de radiation	Date d'effet de la radiation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande par la mutuelle sous réserve que cette demande de résiliation ait été reçue dans les 6 mois qui suivent l'événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la CSS à l'ayant droit	
Changement d'employeur du conjoint, pacsé ou concubin	
Fin des études de l'ayant droit	
Divorce ou séparation	
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès

5.3 A l'initiative de la mutuelle

En cas de non-paiement des cotisations

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.

5.4 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, 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.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou d'exclusion, 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 retourner à la mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article 6 • Maintien de couverture

6.1 Maintien loi 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 six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien des garanties prévu à l'article 6.3. La mutuelle propose ce maintien de couverture au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ;
- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. Dans les 2 mois où elle en a connaissance, la mutuelle propose le maintien de la couverture à ces personnes.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

6.2 Personnel en suspension de contrat de travail ne donnant pas 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 tel que le salarié classé en invalidité par la sécurité sociale sans maintien de salaire par le souscripteur, le salarié en congés sans solde (parental, sabbatique, pour création d'entreprise, et d'une manière générale, tous les cas de suspension du contrat de travail acceptés par l'entreprise)

Les adhérents en suspension de contrat de travail ne donnant pas 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 ou en invalidité sans maintien de salaire qui ont fait l'objet d'une suspension de leur adhésion au contrat peuvent bénéficier d'un maintien facultatif des garanties pendant le temps de suspension de leur contrat de travail en adhérant au régime d'accueil – cf notice d'information disponible sur le site de la mutuelle dédié au souscripteur qui reprend les formalités d'adhésion et les modalités de règlement des cotisations..

L'adhérent règle les cotisations **mensuellement d'avance** par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal.

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.

6.3 Portabilité des droits des anciens salariés adhérents au contrat

Les dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale (Loi n°2013-504 du 14 juin 2013) imposent de proposer un maintien des garanties du Contrat aux salariés dont le contrat de travail a été rompu. A compter de cette rupture, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail ou des contrats de travail consécutifs, 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 avec les cotisations des salariés adhérents au Contrat sous réserve qu'il justifie de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage. Le système de mutualisation conduit à n'appeler aucune cotisation auprès des anciens salariés bénéficiaires durant leur période de maintien. A l'expiration de

la période convenue de portabilité, la Mutuelle procédera à la radiation de l'adhérent. Cette radiation 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 à la radiation de l'adhérent. Cette radiation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

Chapitre 2 • Garanties frais de santé

Article 7 • Cadre général

7.1 Contrats solidaires et responsables

La mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci. Pour l'ajout de nouveaux bénéficiaires, la date d'entrée en vigueur des garanties est celle de la date d'effet de la modification visée à l'article 4.1.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement des cotisations par le souscripteur.

7.3 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au 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 (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

7.4 Pluralité de garanties de 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 sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

7.5 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnités 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.

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 au paragraphe 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 personnel 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.

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 cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, 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 ;
- les frais de concession et de rapatriement.

Article 8 • Versement des prestations

8.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du Régime obligatoire, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger. Dans ce dernier cas, le remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoire français.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties figurant en annexe de la présente notice, 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.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties figurant à la présente notice.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de pré traitements et de contention en orthodontie, la médecine douce 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 ;
- les dates de début et fin de séjour pour :
 - les cures thermales,
 - l'hospitalisation ou la maternité*

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

- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de frais d'accouchement sous réserve de respect des conditions d'inscription décrites à l'article 4.1 Nouveaux bénéficiaires ;
- les dates de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie ;

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux 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, factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des originaux 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 garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la mutuelle. En leur absence les prestations seront calculées sur la base du remboursement minimal prévu par le tableau descriptif des garanties.

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 originaux des 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 et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

8.2 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM) et aux conditions d'attribution de ses prestations, la mutuelle se réserve le droit de 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 de remboursement ou bénéficie de prestations au titre du contrat collectif.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

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

Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le Régime obligatoire.

Chapitre 3 • Cotisations

Article 9 • Détermination de la cotisation

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants sont précisés dans le contrat collectif qui prévoit en outre le cadre de leur évolution. Elles sont déterminées en fonction du niveau de garanties choisi par le souscripteur et du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent les adhérents.

Pour HSBC Continental Europe et HSBC GLOBAL SERVICES (UK) LIMITED, la structure tarifaire se traduit par une cotisation ADULTE obligatoire pour l'adhérent et une cotisation ADULTE ou ENFANT facultative pour ses ayants droit. Le choix de cotiser ou non pour ses ayants droit peut être revu au 1^{er} janvier de chaque année à condition que la demande soit formalisée avant le 1^{er} novembre. La modification pourra toutefois intervenir à tout moment à l'occasion de la survenance d'un événement familial tel que répertorié aux articles 4.1 et 5.1 de la présente notice.

Pour les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une garantie encadrée par l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31/12/1989 ayant pris effet à compter du 1^{er} juillet 2017, les cotisations sont déterminées conformément au plafonnement tarifaire progressif échelonné les 3 premières années issu du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 :

- 1^{ère} année : les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
- 2^{ème} année : les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux adhérents salariés,

- 3ème année : les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux adhérents salariés.
- Fin du plafonnement tarifaire à partir de la 4ème année.

Le décret n'impose aucun plafonnement tarifaire pour les ayants-droits

Les cotisations évolueront à la date anniversaire de prise d'effet de la garantie, durant les 3 premières années du plafonnement progressif.

Ces tarifs encadrés les 3 premières années sont maintenus selon le plafonnement progressif prévu par le décret, tout en tenant compte de l'évolution des tarifs globaux des adhérents salariés au 1er janvier de chaque année.

Article 10 • Paiement de la cotisation

10.1 Règlement de la cotisation

Pour HSBC Continental Europe et HSBC GLOBAL SERVICES (UK) LIMITED, la cotisation ADULTE obligatoire et les cotisations ADULTE ou ENFANT facultatives le cas échéant sont prélevées par le souscripteur directement sur le bulletin de salaire de l'adhérent.

Les cotisations sont ensuite reversées à la mutuelle au vu d'un appel de cotisations et suivant les modalités définies au contrat collectif.

10.2 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 à l'entité concernée par le non paiement des cotisations 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'entité concernée 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 à l'entité concernée 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.

Chapitre 4 • Dispositions diverses

Article 11 • Couverture des accidents

La mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues à la présente notice et selon les modalités prévues ci-après.

Elle se réserve le droit d'effectuer un recours subrogatoire en cas de tiers responsable.

11.1 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.

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

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.

11.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans les délais les plus brefs, 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.

11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

La mutuelle est signataire de conventions avec des organismes spécialisés dans les domaines des assurances scolaires ou sportives, elle participe aux remboursements des frais dans les limites fixées par voie conventionnelle, cette participation ne pouvant excéder 50 % des frais évalués sur le tarif de responsabilité.

11.4 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 12 • Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au contrat collectif 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.

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

Article 13 • 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 moment de l'adhésion en cochant la case sur le bulletin d'adhésion ou en cours d'adhésion au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 14 • Autorité de contrôle

La mutuelle est soumise au contrôle de l'autorité administrative dont la dénomination et les coordonnées sont stipulées en annexe.

Article 15 • Réclamations

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

À compter de la réception de la réclamation, la mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service de Relation Adhérents à l'adresse indiquée en annexe.

Enfin, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à la mutuelle, en écrivant au service de médiation indépendant dont les coordonnées sont stipulées en annexe

Article 16 • 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, d'effacement 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 d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

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 - de la dont les coordonnées sont stipulées en annexe, en joignant à leur demande une copie de leur justificatif d'identité.

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.

ANNEXE COORDONNÉES

INTERLOCUTEURS	ADRESSES
ASSISTANCE	<ul style="list-style-type: none">● 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 96950OYZ86NRBOATRB28)
SERVICE RÉCLAMATIONS	<ul style="list-style-type: none">● Service Qualité Relation Adhérents au CS 81021 49010 Angers Cedex 01.
MÉDIATION	<ul style="list-style-type: none">● Site du médiateur : http://cnpm-mediation-consommation.eu● Soit par courrier à son adresse postale : CNPM MEDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND
DATA PROTECTION OFFICER (DPO)	<ul style="list-style-type: none">● par courrier à : Harmonie Mutuelle — Service DPO 29 quai François Mitterrand 44 273 Nantes Cedex 2● ou par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr
CNIL	<ul style="list-style-type: none">● Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 75334 PARIS CEDEX 07 (www.cnil.fr)
AUTORITÉ DE CONTRÔLE	<ul style="list-style-type: none">● Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Régime Général - Produit de base

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2022 - SXSAS00655 généré le 13/01/2022

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total 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...	65 %	35 %		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

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2022 - SXSAS00655 généré le 13/01/2022

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total 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. (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...	65% ou 100%	35 % 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)			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. (7) (20 ans pour enfant handicapé).</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)(8)(9)				
- 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)(8)(9)				
Enfant (moins de 16 ans)				
- Monture (10)	60 %	100 € - RO		100 €
- Par verre				
- Unifocal sphérique				

	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total 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	
Régime général				
OPTIQUE (suite)				
- 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 (10)	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
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			30 % du PMSS/Oeil	30 % du PMSS/Oeil

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2022 - SXSAS00655 généré le 13/01/2022

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total 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 (11)				
Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale de verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti reflet (12)			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>(8) 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>(9) 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>(10) RO: Remboursement du Régime Obligatoire</p> <p>(11) 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>(12) 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	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (13)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (13)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 370 %	470 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 370 %	470 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires (14)			50 €	50 €
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 370 %	470 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 370 %	470 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 370 %	470 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires (14)			50 €	50 €
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 370 %	470 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 300 %	400 %
Implantologie (15)(16)			700 €/Implant	700 €/Implant
Parodontologie (15)(17)			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>(13) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</p> <p>(14) Forfait par prothèse.</p> <p>(15) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(16) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(17) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).</p>				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie et Acupuncture (15)(18)(19)			40 €/Séance	40 €/Séance
Homéopathie (15)(18)(19)			40 €/Séance	40 €/Séance
Consultations pédicure/podologue (18)(20)			40 €/Séance	40 €/Séance
<p>(15) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(18) 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>(19) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).</p> <p>(20) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire.</p>				

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2022 - SXSAS00655 généré le 13/01/2022

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total 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	
CONTRACEPTION				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (15)			80 €/An	80 €/An
<i>(15) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
PREVENTION				
Equilibre alimentaire - Diététique (15)(18)(20)(21)			40 €/Séance	40 €/Séance
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (15)			80 €/An	80 €/An
Vaccin anti-grippal (15)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (15)			Frais réels	Frais réels
<i>(15) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
<i>(18) 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.</i>				
<i>(20) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire.</i>				
<i>(21) Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.</i>				
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 01/01/2022)