

Notice
d'utilisation
2015



PROJET

Complémentaire santé groupe

Man Diesel et Turbo



À destination de l'ensemble du personnel



malakoff médéric



Harmonie
mutuelle

En harmonie avec votre santé

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

Harmonie Mutuelle,
1^{re} mutuelle santé de France !

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

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



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

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

⌘ Vos agences les plus proches

St Nazaire

3 rue Brizeux

et aussi

Ancenis - St Géréon

335 boulevard de la Prairie

Blain

5 route de Nantes

Chateaubriant

39 rue Aristide Briand

Clisson

8bis place St Jacques

Guérande

Résidence Anna Vreizh

1 avenue Anne de Bretagne

La Baule

198 avenue de Lattre de Tassigny

Machecoul

27 rue du Marché

Nantes Anne de Bretagne

9 rue Julien Videment

Nantes Bel Air

10 rue de Bel Air

Nantes Jules Verne

49 rue Jules Grandjouan

Pont-Château

2 route de St Roch

Pornic

5 place du Marchix

Rezé

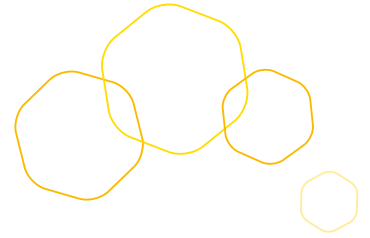
19 avenue Louise Michel

St Herblain

6 rue de St Servan

⌘ **Relation adhérent : 02 40 41 19 19 (n° non surtaxé)**

⌘ **www.harmonie-mutuelle.fr**



Votre complémentaire santé

Bénéficiaires

Le contrat est à adhésion obligatoire pour tout salarié de l'entreprise qui bénéficie du contrat collectif et des prestations de la mutuelle.

Les ayants droit pouvant bénéficier de cette complémentaire santé collective :

- ✚ votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- ✚ vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^e anniversaire ou leur 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
- ✚ vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.



Adhésion

Il suffit de remplir le bulletin d'adhésion, le dater et le signer, puis le retourner au correspondant de votre entreprise, accompagné des pièces suivantes :

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

Vous recevrez en retour votre carte mutualiste, qui mentionnera :

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

Le passage de la surcomplémentaire au niveau de base

Le salarié peut renoncer à la surcomplémentaire en sollicitant la résiliation de son affiliation par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant le 31 décembre de chaque année.

Cette résiliation est définitive pour le salarié et ses ayants droit.

Votre complémentaire santé (suite)

Changement de situation

Adhésion d'un nouvel ayant droit :
il suffit de compléter un bulletin d'adhésion disponible auprès de votre service Ressources Humaines et de leur remettre accompagné de la copie de l'attestation papier de la carte Vitale sur laquelle figure le nouvel ayant droit, un extrait d'acte de naissance ou un certificat d'adoption et le bulletin de modification complété.

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

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

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

Prise d'effet de vos modifications

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

Maintien des garanties

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

- les anciens adhérents salariés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ;
- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois, à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

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

Les garanties peuvent être maintenues pour les anciens salariés dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008.

Depuis le 1^{er} juin 2014 et conformément aux dispositions de l'article 911-8 du Code de la Sécurité sociale, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et ce dans une limite maximale de 12 mois.

Les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au Contrat durant le temps de leur droit à portabilité. Leur garantie est maintenue dans le cadre d'un système de mutualisation avec les cotisations des salariés adhérents au Contrat.





Votre garantie base

| Prestations en vigueur au 1 ^{er} janvier 2015 Régime général | Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif) | Remboursement mutuelle | | Rembt 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 médicaux et para-médicaux | | | | |
| Consultations, visites : généralistes et spécialistes | 70 % | 30 % | + 40 % | 140 % |
| Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes... | 60 % | 40 % | - | 100 % |
| Ambulances, véhicules sanitaires légers... | 65 % | 35 % | - | 100 % |
| Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR) | | | | |
| Médicaments à SMR faible | 15 % | 85 % | - | 100 % |
| Médicaments à SMR modéré | 30 % | 70 % | - | 100 % |
| Médicaments à SMR important | 65 % | 35 % | - | 100 % |
| Analyses et examens | | | | |
| Actes médicaux techniques et d'échographie | 70 % | 30 % | + 70 % | 170 % |
| Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée | 70 % | 30 % | + 70 % | 170 % |
| Examens de laboratoires | 60 % | 40 % | - | 100 % |
| Appareillages et accessoires médicaux | | | | |
| Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire (y compris prothèses mammaires et capillaires) | 60 % | 40 % | + 460 % | 560 % |
| Prothèses auditives | 60 % | - | + 40 % | 100 % |
| + Forfait supplémentaire | - | - | 700 €/Appareil | 700 €/Appareil |
| Cures thermales | | | | |
| Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier | 65 % ou 70 % | - | 35 % ou 30 % | 100 % |
| + Forfait supplémentaire | - | - | 200 € | 200 € |
| Hospitalisation médicale et chirurgicale | | | | |
| Frais de séjour ⁽¹⁾ | 80 % ou 100 % | 20 % ou 0 % | + 400 % | 500 % |
| Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) | 80 % ou 100 % | 20 % ou 0 % | + 125 % | 225 % |
| Ambulances, véhicules sanitaires légers... | 65 % ou 100 % | 35 % ou 0 % | - | 100 % |
| Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾ | - | - | Frais réels | Frais réels |
| Chambre particulière ⁽²⁾⁽³⁾ | - | - | 80 €/Jour | 80 €/Jour |
| Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁴⁾ | - | - | 30 €/Jour | 30 €/Jour |
| Frais d'accompagnant ⁽²⁾ | - | - | 60 €/Jour | 60 €/Jour |
| HOSPITALISATION | | | | |
| Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : | | | | |
| - cures médicales en établissements de personnes âgées, | | | | |
| - ateliers thérapeutiques, | | | | |
| - instituts ou centres médicaux à caractère éducatifs, psycho-pédagogiques et professionnels, | | | | |
| - centres de rééducation professionnelle, | | | | |
| - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. | | | | |
| ⁽¹⁾ En établissement non conventionné, les frais de séjours sont pris en charge à 90% des frais réels avec un maximum de 400% de la base de remboursement. | | | | |
| ⁽²⁾ Psychiatrie : prise en charge limitée à 90 jours par année civile et par bénéficiaire. | | | | |
| ⁽³⁾ Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. | | | | |
| ⁽⁴⁾ Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. | | | | |



Votre garantie base (suite)

| Prestations en vigueur au 1 ^{er} janvier 2015 Régime général | Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif) | Remboursement mutuelle | | Rembt 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 | |
| Maternité | | | | |
| Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique ⁽¹⁾ | 100 % | 0 % | + 125 % | 225 % |
| Forfait fécondation in-vitro de 200 € par an. | | | | |
| Chambre particulière ⁽³⁾ | - | - | 80 €/Jour | 80 €/Jour |
| Indemnité de naissance | - | - | 750 € | 750 € |
| <small>(1) En établissement non conventionné, les frais de séjours sont pris en charge à 90% des frais réels avec un maximum de 400% de la base de remboursement. (3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</small> | | | | |
| Optique | | | | |
| Enfant (moins de 18 ans) | | | | |
| Monture ⁽⁵⁾ | 60 % | | 85 € | 60 % + 85 € |
| Par verre ⁽⁶⁾ | | | | |
| - Unifocal faible correction | 60 % | | 80 € | 60 % + 80 € |
| - Unifocal forte correction | 60 % | | 80 € | 60 % + 80 € |
| - Multifocal toutes corrections | 60 % | | 80 € | 60 % + 80 € |
| Adulte (18 ans et plus) | | | | |
| Monture ⁽⁵⁾ | 60 % | | 85 € | 60 % + 85 € |
| Par verre ⁽⁶⁾ | | | | |
| - Unifocal faible correction | 60 % | | 120 € | 60 % + 120 € |
| - Unifocal forte correction | 60 % | | 180 € | 60 % + 180 € |
| - Multifocal faible correction | 60 % | | 150 € | 60 % + 150 € |
| - Multifocal forte correction | 60 % | | 210 € | 60 % + 210 € |
| Lentilles | 60 % ou 0 % | | 165 €/An | 60 % ou 0 % + 165 €/An |
| Opération de chirurgie réfractive cornéenne ⁽⁷⁾ | | | 350 €/Oeil | 350 €/Oeil |
| Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia ⁽⁸⁾ | | | | |
| Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti reflet ⁽⁹⁾ | - | - | Oui | Oui |
| <small>(5) Une monture tous les 2 ans. (6) Unifocal faible correction : Verres unifocaux avec sphère <ou= 6D et cylindre <ou= 4D. Unifocal forte correction : Verres unifocaux avec sphère > 6D et/ou cylindre > 4D. Multifocal faible correction : Verres multifocaux avec sphère <ou= 4D, Verres multifocaux avec sphère <ou= 8D et cylindre > 0. Multifocal forte correction : Verres multifocaux avec sphère > 4D et cylindre = 0, Verres multifocaux avec sphère > 8D et cylindre > 0. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 2 verres tous les 2 ans et par bénéficiaire. Elle peut toutefois être versée plusieurs fois par année civile pour : - les enfants de moins de 6 ans, - une évolution, pendant l'année civile, de la pathologie qui entraîne une différence de correction d'au moins 0.5 dioptrie. (7) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (8) Le complément de garantie est limité à 2 verres par année civile et par bénéficiaire 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 Kalivia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles en agence et sur le site internet de la mutuelle. (9) 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.</small> | | | | |
| Dentaire | | | | |
| Soins | 70 % | 30 % | - | 100 % |
| Inlays / Onlays | 70 % | - | 75 € | 70 % + 75 € |
| Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire ⁽¹⁰⁾ | | | | |
| - Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) | 70 % | | + 310 € | 70 % + 310 € |



Votre garantie base (suite)

| Prestations en vigueur au 1 ^{er} janvier 2015 Régime général | Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif) | Remboursement mutuelle | | Rembt 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 | |
| Dentaire (suite) | | | | |
| Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux. | | | | |
| - Inlays-Core | 70 % | | + 250 € | 70 % + 250 € |
| - Autres prothèses | 70 % | | + 250 € | 70 % + 250 € |
| Prothèses non remboursables par le régime obligatoire ⁽⁷⁾ | - | - | 170 € | 170 € |
| Prothèses mobiles y compris plaque base métallique | 70 % | | + 250 € | 70 % + 250 € |
| Orthodontie acceptée par le régime obligatoire | 70 % ou 100 % | | + 700 €/An | 100 % + 700 €/An |
| Orthodontie refusée par le régime obligatoire | - | - | 350 €/An | 350 €/An |
| Implantologie ⁽¹¹⁾ | - | - | 300 €/Implant | 300 €/Implant |
| Parodontologie | - | - | 340 €/An | 340 €/An |
| Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie. | | | | |
| Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie et inscrites à la nomenclature (CCAM) - sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle. | | | | |
| ⁽⁷⁾ Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). | | | | |
| ⁽¹⁰⁾ Prothèses remboursables : prise en charge limitée à 2330 € par année civile et par bénéficiaire. | | | | |
| ⁽¹¹⁾ Forfait par implant. Limité à 3 forfaits par année civile et par bénéficiaire. | | | | |
| Médecines douces | | | | |
| Ostéopathie, chiropractie, microkinésithérapie et acupuncture ⁽⁷⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾ | - | - | 30 €/Séance | 30 €/Séance |
| ⁽⁷⁾ Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). | | | | |
| ⁽¹²⁾ Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. | | | | |
| ⁽¹³⁾ Prise en charge également des pédicures, des podologues, des diététiciens, des psychologues et des psycho-motriciens. | | | | |
| Prévention | | | | |
| Vaccins non remboursables ⁽¹⁴⁾ | - | - | 50 % Frais réels | 50 % Frais réels |
| Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004 | 60 % à 70 % | 40 % à 30 % | - | 100 % |
| ⁽¹⁴⁾ Sur présentation de la prescription médicale. | | | | |
| 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).
- Le ticket modérateur défini forfaitairement pour des actes supérieurs à 120€ est pris en charge par la mutuelle.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement du régime obligatoire.
- Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué comme s'ils étaient conventionnés.

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

PMSS: plafond mensuel de la Sécurité sociale, réévalué chaque année (3 129 € en 2014).



Votre garantie Surcomplémentaire

| Prestations en vigueur au 1 ^{er} janvier 2015 Régime général | Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif) | Remboursement mutuelle | | Rembt 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 médicaux et para-médicaux | | | | |
| Consultations, visites : généralistes et spécialistes | 70 % | 30 % | + 420 % | 520 % |
| Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes... | 60 % | 40 % | - | 100 % |
| Ambulances, véhicules sanitaires légers... | 65 % | 35 % | - | 100 % |
| Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR) | | | | |
| Médicaments à SMR faible | 15 % | 85 % | - | 100 % |
| Médicaments à SMR modéré | 30 % | 70 % | - | 100 % |
| Médicaments à SMR important | 65 % | 35 % | - | 100 % |
| Pharmacie non remboursable par le régime obligatoire ⁽¹⁾⁽²⁾ | - | - | 75 €/An | 75 €/An |
| <small>(1) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (2) Sur présentation de la prescription médicale.</small> | | | | |
| Analyses et examens | | | | |
| Actes médicaux techniques et d'échographie | 70 % | 30 % | + 420 % | 520 % |
| Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée | 70 % | 30 % | + 270 % | 370 % |
| Examens de laboratoires | 60 % | 40 % | - | 100 % |
| Appareillages et accessoires médicaux | | | | |
| Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire (y compris prothèses mammaires et capillaires) | 60 % | 40 % | + 510 % | 610 % |
| Prothèses auditives | 60 % | - | + 40 % | 100 % |
| + Forfait supplémentaire | - | - | 850 €/Appareil | 850 €/Appareil |
| Cures thermales | | | | |
| Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier | 65 % ou 70 % | - | 35 % ou 30 % | 100 % |
| + Forfait supplémentaire | - | - | 500 € | 500 € |
| Hospitalisation médicale et chirurgicale | | | | |
| Frais de séjour ⁽³⁾ | 80 % ou 100 % | 20 % ou 0 % | + Frais réels | Frais réels |
| Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) | 80 % ou 100 % | 20 % ou 0 % | + 450 % | 550 % |
| Ambulances, véhicules sanitaires légers... | 65 % ou 100 % | 35 % ou 0 % | - | 100 % |
| Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾ | - | - | Frais réels | Frais réels |
| Chambre particulière ⁽⁴⁾⁽⁵⁾ | - | - | 100 €/Jour | 100 €/Jour |
| Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁶⁾ | - | - | 40 €/Jour | 40 €/Jour |
| Frais d'accompagnant ⁽⁴⁾ | - | - | 100 €/Jour | 100 €/Jour |
| HOSPITALISATION | | | | |
| Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : | | | | |
| - cures médicales en établissements de personnes âgées, | | | | |
| - ateliers thérapeutiques, | | | | |
| - instituts ou centres médicaux à caractère éducatifs, psycho-pédagogiques et professionnels, | | | | |
| - centres de rééducation professionnelle, | | | | |
| - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. | | | | |
| ⁽³⁾ ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES. Prise en charge limitée à 90 % des frais réels. | | | | |
| ⁽⁴⁾ Psychiatrie : prise en charge limitée à 90 jours par année civile et par bénéficiaire. | | | | |
| ⁽⁵⁾ Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. | | | | |
| ⁽⁶⁾ Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. | | | | |



Votre garantie Surcomplémentaire (suite)

| Prestations en vigueur au 1 ^{er} janvier 2015 Régime général | Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif) | Remboursement mutuelle | | Rembt 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 | |
| Maternité | | | | |
| Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique ⁽³⁾ | 100 % | 0 % | + Frais réels | Frais réels |
| Forfait fécondation in-vitro de 250 € par an. | | | | |
| Chambre particulière ⁽⁵⁾ | - | - | 100 €/Jour | 100 €/Jour |
| Indemnité de naissance | - | - | 750 € | 750 € |
| <small>(3) ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES. Prise en charge limitée à 90 % des frais réels. (5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</small> | | | | |
| Optique | | | | |
| Enfant (moins de 18 ans) | | | | |
| Monture ⁽⁷⁾ | 60 % | | 115 € | 60 % + 115 € |
| Par verre ⁽⁸⁾ | | | | |
| - Unifocal faible correction | 60 % | | 80 € | 60 % + 80 € |
| - Unifocal forte correction | 60 % | | 80 € | 60 % + 80 € |
| - Multifocal toutes corrections | 60 % | | 80 € | 60 % + 80 € |
| Adulte (18 ans et plus) | | | | |
| Monture ⁽⁷⁾ | 60 % | | 115 € | 60 % + 115 € |
| Par verre ⁽⁸⁾ | | | | |
| - Unifocal faible correction | 60 % | | 120 € | 60 % + 120 € |
| - Unifocal forte correction | 60 % | | 195 € | 60 % + 195 € |
| - Multifocal faible correction | 60 % | | 165 € | 60 % + 165 € |
| - Multifocal forte correction | 60 % | | 240 € | 60 % + 240 € |
| Lentilles | 60 % ou 0 % | | 200 €/An | 60 % ou 0 % + 200 €/An |
| Opération de chirurgie réfractive cornéenne ⁽¹⁾ | | | 500 €/Oeil | 500 €/Oeil |
| Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia ⁽⁹⁾ | | | | |
| Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti reflet ⁽¹⁰⁾ | - | - | Oui | Oui |
| <small>(1) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (7) Une monture tous les 2 ans. (8) Unifocal faible correction : Verres unifocaux avec sphère <ou= 6D et cylindre <ou= 4D. Unifocal forte correction : Verres unifocaux avec sphère > 6D et/ou cylindre > 4D. Multifocal faible correction : Verres multifocaux avec sphère <ou= 4D, Verres multifocaux avec sphère <ou= 8D et cylindre > 0. Multifocal forte correction : Verres multifocaux avec sphère > 4D et cylindre = 0, Verres multifocaux avec sphère > 8D et cylindre > 0. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 2 verres tous les 2 ans et par bénéficiaire. Elle peut toutefois être versée plusieurs fois par année civile pour : - les enfants de moins de 6 ans, - une évolution, pendant l'année civile, de la pathologie qui entraîne une différence de correction d'au moins 0.5 dioptrie. (9) Le complément de garantie est limité à 2 verres par année civile et par bénéficiaire 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 Kalivia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles en agence et sur le site internet de la mutuelle. (10) 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.</small> | | | | |
| Dentaire | | | | |
| Soins | 70 % | 30 % | - | 100 % |
| Inlays / Onlays | 70 % | - | 75 € | 70 % + 75 € |
| Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire ⁽¹¹⁾ | | | | |
| - Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) | 70 % | | + 535 € | 70 % + 535 € |



Votre garantie Surcomplémentaire (suite)

| Prestations en vigueur au 1 ^{er} janvier 2015 Régime général | Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif) | Remboursement mutuelle | | Rembt 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 | |
| Dentaire (suite) | | | | |
| Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux. | | | | |
| - Inlays-Core | 70 % | + 400 € | | 70 % + 400 € |
| - Autres prothèses | 70 % | + 400 € | | 70 % + 400 € |
| Prothèses non remboursables par le régime obligatoire ⁽¹⁾ | - | - | 170 € | 170 € |
| Prothèses mobiles y compris plaque base métallique | 70 % | + 400 € | | 70 % + 400 € |
| Orthodontie acceptée par le régime obligatoire | 70 % ou 100 % | + 900 €/An | | 100 % + 900 €/An |
| Orthodontie refusée par le régime obligatoire | - | - | 450 €/An | 450 €/An |
| Implantologie ⁽¹²⁾ | - | - | 450 €/Implant | 450 €/Implant |
| Parodontologie | - | - | 400 €/An | 400 €/An |
| Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie. | | | | |
| Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie et inscrites à la nomenclature (CCAM) - sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle. | | | | |
| (1) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). | | | | |
| (11) Prothèses remboursables : prise en charge limitée à 2330 € par année civile et par bénéficiaire. | | | | |
| (12) Forfait par implant. Limité à 3 forfaits par année civile et par bénéficiaire. | | | | |
| Médecines douces | | | | |
| Ostéopathie, chiropractie, microkinésithérapie et acupuncture ⁽¹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ | - | - | 30 €/Séance | 30 €/Séance |
| (1) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). | | | | |
| (13) Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. | | | | |
| (14) Prise en charge également des pédicures, des podologues, des diététiciens, des psychologues et des psycho-motriciens. | | | | |
| Prévention | | | | |
| Vaccins non remboursables ⁽²⁾ | - | - | 100 % Frais réels | 100 % Frais réels |
| Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004 | 60 % à 70 % | 40 % à 30 % | - | 100 % |
| (2) Sur présentation de la prescription médicale. | | | | |
| 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).
- Le ticket modérateur défini forfaitairement pour des actes supérieurs à 120€ est pris en charge par la mutuelle.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement du régime obligatoire.
- Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué comme s'ils étaient conventionnés.

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

PMSS: plafond mensuel de la Sécurité sociale, réévalué chaque année (3 129 € en 2014).

Vos garanties (suite)



L'engagement d'Harmonie Mutuelle

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

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

Participation forfaitaire et franchises médicales

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

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

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

Prestations hors parcours de soins coordonnés

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

Vos remboursements

Le tiers payant

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

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

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

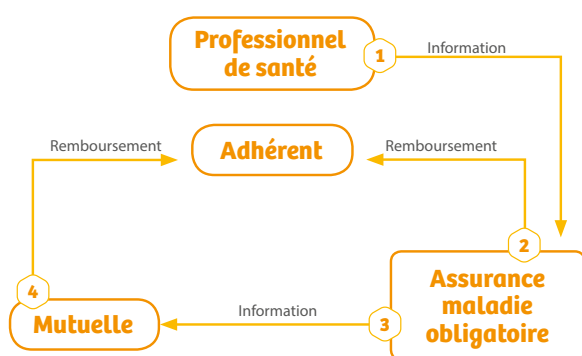
Dans la plupart des départements, le tiers payant est étendu aux radiologues, laboratoires, opticiens, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, transports sanitaires...

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



Hors tiers payant, les remboursements sont-ils automatiques ?

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



Les + de la télétransmission

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

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

Les étapes du remboursement par télétransmission

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

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

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

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

Vos remboursements (suite)

Utilisation de la carte Vitale

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

Remboursements accélérés

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

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

Suivi des remboursements en ligne

Pour suivre au mieux votre budget santé, vous pouvez consulter vos remboursements en ligne sur votre espace réservé. Vous pouvez également vous inscrire au service de relevés de santé en ligne. Ce service gratuit permet de consulter l'ensemble de ses relevés de santé en ligne depuis la date d'inscription au service. **L'inscription aux relevés de santé en ligne remplace l'envoi de relevés papier par voie postale.** Ces relevés sont strictement identiques aux versions papier, avec la même valeur légale. www.harmonie-mutuelle.fr.

Remboursement des frais antérieurs à l'adhésion

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

Les dépenses en optique et dentaire

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

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

Les avantages

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

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

À savoir

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





Kaliwia, notre réseau national d'opticiens et de centres d'audioprothèse agréés

Afin de vous faciliter l'accès à des soins de qualité pour l'optique et l'aide auditive, tout en réduisant votre reste à charge, votre mutuelle vous donne accès à un réseau de professionnels agréés, le réseau Kaliwia.

Les avantages du réseau Kaliwia :

Prix
Qualité
Libre choix

- ⚡ Des prestations avec un **rapport qualité/prix optimisé et favorable** (tarifs négociés et services associés).
- ⚡ Le respect **d'une charte qualité exigeante** qui valorise les bonnes pratiques et l'éthique des professionnels partenaires.
- ⚡ Le **tiers-payant systématique**.

Kaliwia Optique

- ⚡ **Plus de 4 600 opticiens** sont membres du réseau Kaliwia, sur la France entière.
- ⚡ **Jusqu'à 40 % de réduction** sur le prix des verres.
- ⚡ **Majoration du remboursement de la mutuelle sur les verres** avec possibilité de prise en charge intégrale selon les garanties souscrites.
- ⚡ **Réduction de 15 % minimum** sur les montures (hors certaines montures griffées).
- ⚡ **Libre choix** des verres, montures ou lentilles, parmi les plus grandes marques du marché.
- ⚡ **Échange en cas de casse** de la monture et des verres, remplacement en cas d'inadaptation aux verres progressifs ou aux lentilles...

Kaliwia Audio

- ⚡ **Plus de 1 800 centres d'audioprothèse** membres du réseau.
- ⚡ **Prix réduit** pour un appareillage complet, quel que soit l'équipement choisi.
- ⚡ Offre exclusive « **Prim'Audio** » pour un appareillage de qualité.
- ⚡ **Garantie panne** étendue à 4 ans au lieu de 2 ans.
- ⚡ **Plus de clarté** avec le classement des aides auditives en 5 gammes de technicité croissante, toutes marques confondues.
- ⚡ **Accompagnement personnalisé** pendant toute la durée de vie de l'équipement.

Retrouvez tous les partenaires du réseau Kaliwia (avec indication des tarifs par gamme pour les aides auditives), sur l'espace adhérent du site internet de la mutuelle, en agence ou par téléphone.

Ils sont reconnaissables également au macaron apposé sur la vitrine.



Assistance Harmonie Santé Services

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

Harmonie Protection juridique

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

Pour nous contacter par téléphone

▶ N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

Pour les adhérents résidant dans les DROM ou appelant de l'étranger, par téléphone au :
00 33 969 39 29 13

Vos avantages santé



Prévention et information santé



Un programme d'accompagnement des parents pour aider les enfants, de la naissance à 6 ans, à bien grandir : informations personnalisées aux grandes étapes du développement de l'enfant, rendez-vous santé sur diverses thématiques, selon l'âge de l'enfant (alimentation, prévention des accidents domestiques, aide à la parentalité, prévention buccodentaire...) et possibilité de poser ses questions à des professionnels de la petite enfance.

www.lasantedevotreenfant.fr

Essentiel Santé Magazine : toute l'information sur l'actualité santé et prévention, 4 fois par an, à votre domicile ou sur le site de la mutuelle.

Votre mutuelle à votre écoute

Il est important d'être écouté, informé et orienté dans ses démarches de santé lorsque l'on est confronté à un cancer, une maladie cardiovasculaire, une addiction, une perte d'autonomie...

Sur simple appel téléphonique, nos conseillers vous apportent conseils et soutien et vous orientent selon votre demande vers un service spécialisé.



N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXE

Sur www.prevention-sante.com : des conseils et de l'information santé de qualité et nos actions de prévention.

Des réductions pour votre bien-être et vos loisirs



Avec le programme Avantages Harmonie, vous profitez de tarifs privilégiés, négociés pour vous auprès de plus de 3 600 partenaires. Voyages, campings, thalassothérapies, centres de beauté, forme-fitness... il y en a pour tous les âges

et tous les budgets ! Retrouvez tous ces avantages sur le site www.avantages-harmonie.fr.

Service de prévention personnalisé sur internet délégué par notre partenaire Betterise.

Bénéficiez d'un accompagnement quotidien sur un grand nombre de thématiques santé : activités physiques, nutrition, mal de dos, stress, sommeil, tabac...



Des services de santé mutualistes partout en France

Avec 2 500 services ou établissements à votre disposition, le réseau national des services de santé mutualistes vous propose une offre diversifiée. Les tarifs les plus justes y sont pratiqués pour répondre à vos attentes dans de nombreux domaines. Etablissements de santé, d'hébergement des personnes âgées ou handicapées, structures d'accueil de la petite enfance... toutes les solutions sont référencées sur le site de la Mutualité française www.mutualite.fr.

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

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

APPEL NON SURTAXE

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

Lexique

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

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

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

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

Noémie : norme d'échange informatique de données entre un organisme d'Assurance maladie vers un partenaire de

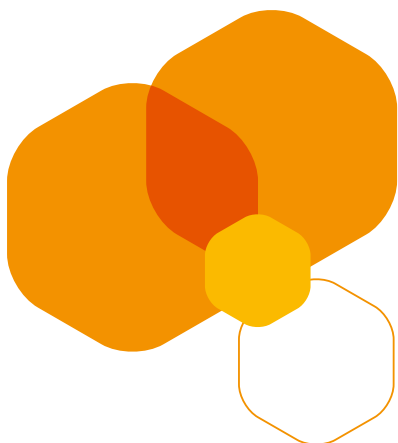
santé et les organismes complémentaires de protection sociale. Cette norme permet la télétransmission automatique de vos décomptes Sécurité sociale à votre mutuelle afin qu'elle puisse vous verser vos prestations sans avoir à lui envoyer le décompte papier d'Assurance maladie. Cette norme permet d'accélérer vos remboursements.

PACS : pacte civil de solidarité.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale.

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

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



Pour toute question

Contactez votre correspondant dans l'entreprise pour :

- ✚ adhérer au contrat de l'entreprise ;
- ✚ modifier vos options
- ✚ modifier votre composition familiale (adhésion / radiation)

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

Contactez-nous au 02 40 41 19 19 (n° non surtaxé) pour :

- ✚ demander des informations sur un décompte, une prise en charge ;
- ✚ demander des informations sur les garanties du contrat Harmonie Mutuelle ;
- ✚ demander l'adresse et les horaires d'ouverture de nos agences.

Pour l'envoi de vos demandes de remboursements :

Harmonie Mutuelle
3 rue José Soriano
CS 90019
44801 SAINT HERBLAIN CEDEX

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

Contactez-nous

par téléphone au 02 40 41 19 19 (n° non surtaxé)

ou sur www.harmonie-mutuelle.fr

ou venez nous rencontrer en agence.

MALAKOFF MÉDÉRIC MUTUELLE : Mutuelle du groupe Malakoff Médéric soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° SIREN 784 718 256

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

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



malakoff médéric



Harmonie mutuelle

En harmonie avec votre santé

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

