



Proposition de
complémentaire
santé

FRMJC-IDF

Catégorie de personnel : Ensemble du Personnel

Adhésion à caractère obligatoire

Proposition n°3S00427-1

Proposition réalisée le 02/10/2015

Votre contact : Marc RICHARD

Tel : 01 53 68 13 65

E-mail : marc.richard@harmonie-mutuelle.fr



**Harmonie
mutuelle**

En harmonie avec votre santé



**Harmonie
Mutuelle**
1^{re} mutuelle santé
de France



Harmonie Mutuelle

C'est s'appuyer sur la force
d'un leader national...

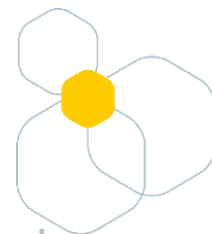
4,5 millions de personnes protégées*

*Y compris acceptations en réassurance

Près de **4 400** collaborateurs

39 000 entreprises adhérentes

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



Nous avons le plaisir de vous remettre notre proposition dans le cadre de l'étude de votre complémentaire santé, au bénéfice du collège Ensemble du Personnel et pour une adhésion à caractère obligatoire.

Votre complémentaire santé

Adhésion

Cette complémentaire est à **adhésion obligatoire**.

Aucun questionnaire médical ni droit d'entrée ne conditionne l'adhésion à cette complémentaire santé.

Bénéficiaires

- **tout salarié de l'entreprise ou membre de la personne morale souscriptrice** qui bénéficie du contrat collectif et des prestations de la mutuelle,
- le **conjoint, le concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité** ;
- les **enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité**, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20^e anniversaire ou son 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 ;
- les **enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son 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.

Prise d'effet des prestations

Elle est **immédiate** pour les assurés affiliés à la date d'effet du contrat, les adhérents affiliés au 1^{er} jour du mois de leur arrivée dans l'effectif assurable et les ayants droit affiliés au 1^{er} jour du mois de leur arrivée dans le foyer de l'adhérent.

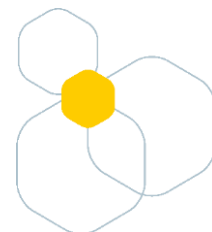
En dehors de ces cas, se reporter aux conditions générales Harmonie Mutuelle.

Maintien des garanties

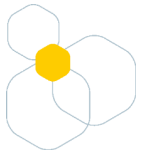
Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent demander le maintien auprès de la mutuelle de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire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

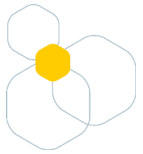
Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que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



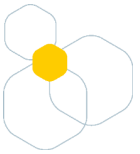
<u>Régime général</u>	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes				
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 40 %	140 %
Consultations, visites : spécialistes (1)				
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
- Non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	+ 100 %	200 %
<i>(1) Prise en charge limitée à 35 séances par an pour les neuropsychiatres.</i>				
PHARMACIE SELON SERVICE MEDICAL RENDU (SMR)				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes médicaux techniques et d'échographie				
- Adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (2)			Oui	Oui
<i>(2) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %		100 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			400 €/An	400 €/An
Prothèses auditives	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives (3)			1000 €/Oreille	1000 €/Oreille
Achat fauteuil pour handicapés physiques	100 %		+ 100 %	200 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			1000 €	1000 €
<i>(3) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 appareil mono ou stéréo par période de 24 mois. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.</i>				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			185 €	185 €
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ Frais réels	Frais réels
Frais de séjour secteur non conventionné	80% ou 100%	80% ou 100%	+ 180 %	280 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ Frais réels	Frais réels
- Non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %



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	
HOSPITALISATION (suite)				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) secteur non conventionné				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 180 %	280 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (4)(5)(6)			100 €/Nuit	100 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (7)			15 €	15 €
Frais d'accompagnant (4)			Frais réels	Frais réels
<p><i>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>(4) ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES <i>Pour la chambre particulière et les frais d'accompagnant, prise en charge limitée à 41.16 € par jour.</i></p> <p><i>(5) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire.</i></p> <p><i>(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</i></p> <p><i>(7) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</i></p> <p><i>(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</i></p>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ Frais réels	Frais réels
- Non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 100 %	200 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique secteur non conventionné				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 200 %	300 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée			100 €/Nuit	100 €/Nuit
Indemnité de naissance (8)			185 €	185 €
<i>(8) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</i>				
OPTIQUE				
Enfant (moins de 18 ans) (9)				
Monture	60 %	80 €		60 % + 80 €
Par verre dans le réseau KALIVIA (10)(11)				
- Simple	60 %	PEC intégrale		PEC intégrale
- Complexe	60 %	PEC intégrale		PEC intégrale
- Très complexe	60 %	PEC intégrale		PEC intégrale
Par verre hors réseau				
- Simple	60 %	70 €		60 % + 70 €
- Complexe	60 %	95 €		60 % + 95 €
- Très complexe	60 %	105 €		60 % + 105 €
Adulte (18 ans et plus) (9)				
Monture	60 %	145 €		60 % + 145 €
Par verre dans le réseau KALIVIA (10)(11)				
- Simple	60 %	PEC intégrale		PEC intégrale
- Complexe	60 %	PEC intégrale		PEC intégrale
- Très complexe	60 %	PEC intégrale		PEC intégrale



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)				
Par verre hors réseau				
- Simple	60 %	90 €		60 % + 90 €
- Complexe	60 %	220 €		60 % + 220 €
- Très complexe	60 %	315 €		60 % + 315 €
Lentilles	0 % ou 60 %	240 €/An		0 % ou 60 % + 240 €/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			405 €/Oeil	405 €/Oeil
<p>(9) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00. Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6.00 ou à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 ou verre multifocal ou verre progressif. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue. (10) Remboursement assurant la prise en charge intégrale (PEC intégrale) de verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités antireflet. La liste des verres et traitements concernés est disponible sur simple demande. La prise en charge intégrale s'entend dans la limite des maxima du contrat responsable fixés au 3° de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014. (11) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalivia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.</p>				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire				
- Prothèses	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 300 %	400 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			400 %	400 %
Implantologie (12)(13)			500 €/Implant	500 €/Implant
Parodontologie (14)			100 €/An	100 €/An
<p>(12) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire. (13) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p>				
MEDECINES DOUCES				
Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie (14)(15)			25 €/Séance	25 €/Séance
<p>(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (15) Prise en charge limitée à 6 séances par année civile et par bénéficiaire.</p>				
CONTRACEPTION FEMININE				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (14)			50 €/An	50 €/An
<p>(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p>				
PREVENTION				
Equilibre alimentaire - Diététique (14)			60 €/An	60 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)			50 €/An	50 €/An
Vaccin anti-grippal (14)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (14)			20 €/An	20 €/An
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 Août 2004	60 % à 70 %	40 % à 30 %		100 %
<p>(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (16) Prise en charge des substituts nicotiques et/ou consultation cognito-comportementale, sur prescription médicale. Après intervention du Régime Obligatoire.</p>				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui
Assistance obsèques (voir notice d'information)			Oui	Oui



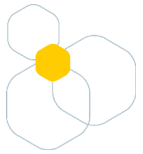
	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Régime général				
GARANTIE SUPPLEMENTAIRE				
Participation sur frais d'obsèques (17)			1100 €	1100 €

(17) Indemnité limitée aux frais réels.

*** 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 (3170 € au 01/01/2015)



Vos cotisations

Cotisations mensuelles TTC 2016

Les cotisations sont déterminées pour l'année civile.

Régime: Régime Général

Actif

Ventilation	Cotisations Mensuelles TTC	Dont taxes (*)
Isolé	72,61 €	13.27 %
Famille	163,14 €	13.27 %

(*) Comprend la Taxe de Solidarité Additionnelle (ancienne Contribution CMU) et la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance sur la base des taux en vigueur au 1er octobre 2012.

Loi EVIN (Retraités)

Ventilation	Cotisations Mensuelles TTC	Dont taxes (*)
Adulte	108,92 €	13.27 %
Enfant (Gratuité à compter du 3ème enfant)	44,79 €	13.27 %

(*) Comprend la Taxe de Solidarité Additionnelle (ancienne Contribution CMU) et la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance sur la base des taux en vigueur au 1er octobre 2012.

Validité

La présente proposition est valable 3 mois, à compter de la date de sa réalisation, sauf nouvelle proposition.

Toutefois, en cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires ayant une incidence sur la présente proposition et plus spécifiquement en cas de modifications des remboursements des régimes d'assurance maladie obligatoire ou des taxes, prélèvements ou contribution auxquelles sont assujetties les garanties présentées ou la Mutuelle, la présente proposition pourra être remise en cause.

Bon pour accord

Date
Signature précédée de la mention « Bon pour accord »

Cachet de l'entreprise