

Complémentaire santé groupe TOTAL

DACO (Dispositif à Adhésion Collective Obligatoire)

À destination de l'ensemble des salariés des sociétés

- TOTAL SA
- TOTAL ADDITIFS ET CARBURANTS SPECIAUX SAS
- TOTAL LUBRIFIANT SA
- TOTALGAZ SNC
- TEPF SAS
- ELF EXPLORATION PRODUCTION SAS
- TOTAL RAFFINAGE FRANCE SAS
- TOTAL MARKETING ET SERVICES SA
- TOTAL RAFFINAGE CHIMIE SA
- TOTAL PETROCHEMICALS FRANCE SA
- TOTAL FLUIDES SAS
- TOTAL GLOBAL SERVICES S.A.S



**Harmonie
mutuelle**

En harmonie avec votre santé

Sommaire

Votre complémentaire santé	p 3
• Bénéficiaires	p 3
• Situations particulières	p 4
• Comment adhérer	p 5
• Changements de situation	p 6
Votre Garantie	p 7
• Grille de prestations	p 8
Exemples de remboursement	p 10
Vos remboursements	p 11
Kalivia (optique audio)	p 13
Vos avantages santé	p 14
Lexiques	p 15
Assistance Harmonie Santé Services et protection juridique	p 17

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.

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.

...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.

Nouveau !

Découvrez votre espace adhérent

www.complementairesantetotal.fr,

Retrouvez diverses informations pratiques :

- ✦ Votre guide pratique de la mutuelle,
- ✦ les informations sur votre contrat (notice d'information, fiche assistance...),
- ✦ des vidéos prévention,
- ✦ ainsi que les différents services proposés par votre mutuelle,

**Vous pourrez également gérer
votre contrat et vos relations avec la mutuelle :**

- ✦ Faire votre adhésion pour vous et vos ayants droit,
- ✦ Modifier vos coordonnées personnelles,
- ✦ Consulter vos remboursements,
- ✦ Contacter votre mutuelle.

Votre mot de
passe pour vous
connecter à votre
espace adhérent :
SANTETOTAL

Votre complémentaire santé

Le régime complémentaire Frais de santé dénommé Socle Social Commun (SSC) mis en œuvre par TOTAL SA est un Dispositif à Adhésion Collective Obligatoire appelé DACO destiné à couvrir l'ensemble des salariés des sociétés visées à l'accord de groupe du 11 février 2013 relatif à la complémentaire santé. Le caractère collectif et obligatoire de cette couverture implique que vous devez adhérer, conformément à votre situation familiale soit dans la catégorie « Isolé » si vous êtes seul soit dans la catégorie « Famille » si vous avez un ou plusieurs ayants droit tels que définis ci-après :

Bénéficiaires

Les salariés

Sont adhérents les salariés affiliés obligatoirement au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local Alsace-Moselle légalement obligatoire liés par un contrat de travail avec l'une des sociétés du périmètre de l'accord du 11 février 2013, sans condition d'ancienneté et rémunérés.

Les ayants droit :

Le conjoint

Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS),

Le concubin notoire et permanent du salarié, vivant maritalement sous le même toit, sous réserve de fournir une preuve de vie commune et une attestation sur l'honneur signée par les deux concubins. Il est précisé que le salarié ne pourra déclarer qu'un concubin par an. La condition de durée de vie maritale est supprimée si un enfant est né de cette union libre ou si un pacte civil de solidarité a été conclu entre les concubins ou si le concubin est considéré par la Sécurité sociale comme couvert par le salarié. Cette indication est reprise sur l'attestation de Sécurité sociale de l'adhérent.

Les enfants à charge du salarié, de son conjoint ou assimilé :

Sont considérés comme enfants à charge les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis :

- de moins de 21 ans,
- ou de plus de 21 ans et de moins de 26 ans, s'ils continuent leurs études secondaires ou supérieures ou s'ils sont titulaires d'un contrat de travail en alternance et dont les ressources sont inférieures au SMIC annuel.
- S'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être fiscalement à charge du salarié, de son conjoint ou assimilé du fait de leur prise en compte dans la détermination de leur quotient familial,
 - avoir atteint l'âge de 16 ans et avoir demandé à être affiliés de façon autonome au sein du régime de Sécurité sociale dont relève le parent dont ils dépendent, et à bénéficier à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie,

– être considérés par la Sécurité sociale comme couverts par le salarié, son conjoint ou assimilé (indiqués sur l'attestation de Sécurité sociale du salarié et/ou de son conjoint),

– les enfants non mariés, de moins de 26 ans, à la recherche d'un premier emploi durant les six mois qui suivent la fin de leurs études sous réserve de produire une attestation d'inscription à Pôle Emploi,

– quel que soit leur âge, les enfants handicapés avant 21 ans (ou qui le deviennent avant 26 ans pour ceux qui poursuivent des études) ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou percevant l'allocation d'adultes handicapés (AAH) ou seraient susceptibles d'y ouvrir droit ou de la percevoir si leurs ressources ne dépassaient pas le plafond de ressources prévu par la loi.

Les enfants majeurs qui prennent l'option de déclarer personnellement leurs revenus à l'administration fiscale sont considérés à charge s'ils remplissent les conditions ci-dessus.

Les enfants du salarié rattachés fiscalement au partenaire PACS ou au concubin avec qui il vit en raison de l'option prévue par la législation fiscale sont considérés à charge s'ils remplissent les conditions ci-dessus.

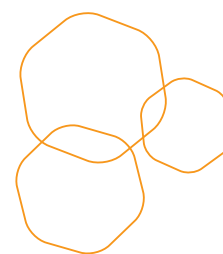
Est également considéré comme enfant à charge, l'enfant né viable moins de 300 jours après le décès du salarié.

D'autres ayants droit également

- Les petits-enfants du salarié, de son conjoint ou assimilé, à charge au sens de l'article L.313-3, 4° du Code de la sécurité sociale.
- Les ascendants du salarié, de son conjoint ou assimilé, à charge au sens de l'article L.313-3, 4° du Code de la sécurité sociale.
- Les collatéraux au 2ème degré (frères et sœurs) et au 3ème degré (oncles et tantes) du salarié, de son conjoint ou assimilé, à charge au sens de l'article L.313-3, 4° du Code de la sécurité sociale.

La garantie des ayants droit du salarié est la même que celle du salarié.

Votre complémentaire santé (suite)



Situations particulières

Les salariés

En couple dans l'entreprise

- Lorsque, deux conjoints, partenaires PACS ou concubins, sont tous deux salariés de sociétés entrant dans le périmètre d'application du présent accord collectif, ils sont affiliés au « DACO » dans les conditions suivantes :
 - l'un des conjoints adhère en catégorie « Famille ».
 - l'autre conjoint est affilié en tant qu'ayant droit.
- En cas de changement de situation, complétez le document «fiche couple entreprise DACO» en ligne sur le site complementairesantetotal.fr et déposez la fiche et les justificatifs dans «vos documents».

En mobilité internationale

- Les salariés en situation de mobilité internationale qui ne sont pas affiliés au régime de base de la Sécurité sociale ne peuvent pas adhérer au « DACO » ; ils bénéficient d'un contrat d'assurance spécifique. Toutefois leurs conjoints salariés de l'une des sociétés entrant dans le périmètre de l'accord, adhérent au DACO (en catégorie « Isolé » ou « Famille » en fonction de leur situation familiale).
- Les salariés détachés au sens du Code de la sécurité sociale sont dispensés d'affiliation car ils bénéficient d'un contrat d'assurance spécifique obligatoire.

Ayants droit

Conjoint couvert par une mutuelle obligatoire

- Seuls les salariés **dont tous les ayants droit** bénéficient, par ailleurs, d'une couverture complémentaire santé à titre obligatoire peuvent adhérer en catégorie « Isolé ». Les salariés souhaitant bénéficier de cette dérogation doivent justifier auprès de la mutuelle, chaque année, de la couverture obligatoire dont bénéficient tous leurs ayants droit.

Conjoint fonctionnaire

- Les salariés **dont le seul ayant droit**, conjoint, partenaire PACS ou concubin est couvert par un dispositif relevant du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels (dispositifs ouverts aux fonctionnaires et aux agents publics de l'État et de ses établissements), peuvent adhérer en catégorie « Isolé ».

Si le salarié a d'autres ayants droit, il doit cotiser en

catégorie « Famille ».

Conjoint dispositif Loi Madelin

- Les salariés **dont le seul ayant droit**, conjoint, partenaire PACS ou concubin est couvert par un contrat d'assurance groupe souscrit par une association déclarée par la loi du 1er juillet 1901 dans les conditions définies par la loi Madelin du 11 février 1994 (loi initiative et entreprise individuelle n°94-126) pour la couverture complémentaire santé au titre des risques maladie et chirurgie, peuvent adhérer en catégorie « Isolé ».

Si le salarié a d'autres ayants droit, ce salarié cotise en catégorie « Famille ».

Important

Pour bénéficier de cette dérogation d'adhésion à la catégorie « Isolé », vous devrez impérativement produire chaque année à la Mutuelle une attestation justifiant du caractère obligatoire de la couverture frais de santé de votre conjoint et le cas échéant de vos autres ayants droit.

Pour cela, votre Mutuelle vous adressera en septembre une attestation à compléter par l'employeur de votre conjoint. Pour être prise en compte vous devrez impérativement nous la faire parvenir avant le 1^{er} octobre.

Deux choix possibles

- **Directement et de préférence dans votre espace www.complementairesantetotal.fr** dans votre espace adhérent, transmettez l'attestation dans «vos documents».

- **Par courrier**, en nous retournant l'attestation à l'adresse de votre centre de gestion dédié (voir en dernière page de ce guide pratique).



Votre complémentaire santé (suite)

Comment adhérer ?

Par internet

Munissez-vous de votre attestation carte vitale, d'un ou plusieurs relevés bancaires au format IBAN et justificatifs pour vos ayants droit le cas échéant (retrouvez la liste complète ci dessous)

- 1** Rendez-vous sur votre espace adhérent **www.complementairesantetotal.fr** (mot de passe : SANTETOTAL) pour obtenir vos identifiants de connexion à partir des éléments demandés.
- 2** Dès réception de vos codes, connectez-vous et cliquez sur « faire mon affiliation ».
- 3** Complétez vos données personnelles (6 étapes) et validez.



Justificatifs à fournir / modèles d'attestations

Pour le partenaire PACS/concubin

- ✦ Document officiel de PACS.
- ✦ Preuve de la vie commune et attestation sur l'honneur signée par les deux concubins.

Pour les enfants à charge

Entre 21 et 26 ans : certificat de scolarité ou carte d'étudiant ou avis d'imposition sur le revenu ou attestation sécurité sociale ou attestation Pôle Emploi.

Pour les enfants handicapés : attestation d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou l'allocation adulte handicapé.

Pour les situations particulières au titre des ayants droit : dispense d'affiliation, nous joindre :

- ✦ Attestation d'adhésion conjoint fonctionnaire et agents publics de l'état,
- ✦ Attestation d'adhésion conjoint loi Madelin,
- ✦ Attestation d'adhésion à un contrat collectif obligatoire à compléter par l'employeur de votre conjoint et de tous vos ayants droit éventuels.

Des attestations sont à votre disposition sur votre espace adhérent ou en contactant votre centre d'appel dédié.

Votre complémentaire santé (suite)

Changement de situation

- ✚ Changement administratif (adresse, état civil, numéro d'immatriculation Sécurité sociale...).
- ✚ Changement d'adresse email.
- ✚ Changement de domiciliation bancaire.
- ✚ Changement de centre de CPAM ou de régime obligatoire.
- ✚ Adhésion /résiliation d'un ayant droit.
- ✚ Changement de modalité de réception du décompte de soins.

Pour la bonne prise en compte de votre changement de situation personnelle vous devez prévenir votre Mutuelle :

Deux choix possibles

- **Dans votre espace**
www.complementairesantetotal.fr dans votre espace adhérent, adressez le formulaire de modification et transmettez les justificatifs dans «vos documents».
- **Par courrier**, en nous retournant le formulaire de modification et les justificatifs à l'adresse de votre centre de gestion dédié (voir en dernière page de ce guide pratique. Le formulaire de modification est téléchargeable dans votre espace www.complementairesantetotal.fr ou en contactant votre centre d'appel dédié).

✚ **vous répondez à l'une des dispositions prévues à l'article 4 de la loi Evin, n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture de votre contrat de travail, à savoir**

- être bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- être privé(e) d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement,
- être ayants droit d'un salarié décédé.
- être bénéficiaire de la retraite de base de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas exposés ci-dessus pour le maintien de vos garanties, vous devrez obligatoirement notifier à la Mutuelle votre choix

- Directement dans votre espace www.complementairesantetotal.fr dans votre espace adhérent
- Par courrier en retournant à la Mutuelle le dossier d'adhésion que vous aurez préalablement reçu.

Dans un délai maximum :

- du mois suivant la suspension de votre contrat de travail,
- dans les 6 mois suivant la rupture de votre contrat de travail ou du décès du salarié pour les bénéficiaires des dispositions contenues à l'article 4 de la Loi Evin
- dans les 6 mois suivant la fin de votre période de portabilité pour les salariés privés d'emploi et ayant bénéficié de ce dispositif.

Maintien des garanties en cas de départ de l'entreprise

Dans le cadre des dispositions de la Loi portant sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 vous pouvez demander, en cas de rupture de votre contrat de travail (sauf licenciement pour faute lourde ou démission) et de votre inscription à Pôle Emploi, le maintien à titre gratuit de votre couverture SSC pour une durée maximale de 12 mois.

Au-delà de cette période vous pourrez prolonger à titre volontaire votre adhésion dans le Dispositif à Adhésion Individuelle Facultative (DAIF) si vous répondez à l'une des dispositions prévue à l'article de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin » exposée dans le paragraphe suivant.

Maintien des garanties dans le Dispositif à Adhésion Individuelle Facultative (DAIF)

Vous pouvez également demander à bénéficier pour vous et le cas échéant pour vos ayants droit, du maintien de vos garanties actuelles dans le cadre du Dispositif à Adhésion Individuelle Facultative « DAIF » lors de votre départ de l'entreprise pour l'un des motifs suivants :

- ✚ **votre contrat de travail est suspendu sans rémunération**
- ✚ **vous êtes en invalidité sans rémunération**

Important : dans tous les cas de maintien de garanties exposés ci-dessus, la mutuelle ayant été informée de votre nouvelle situation par l'entreprise, vous adressera un dossier complet d'information et d'adhésion.

Il vous appartient de notifier à la mutuelle votre choix

Deux choix possibles

- **Dans votre espace**
www.complementairesantetotal.fr dans votre espace adhérent, adressez le dossier d'adhésion complété et transmettez les documents justificatifs dans «vos documents».
- **Par courrier**, en nous retournant les documents d'adhésion complétés à l'adresse de votre centre de gestion dédié (voir en dernière page de ce guide pratique).

Prise d'effet des modifications

- ✚ S'agissant de l'ouverture ou la fermeture des droits, les modifications prennent effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de votre demande exception faite pour la naissance au 1^{er} jour de l'événement.
- ✚ S'agissant des cotisations, l'impact éventuel prend effet le premier jour du mois qui suit la date de votre demande.

En cas de prestations indûment versées, suite à une modification non signalée, vous devrez rembourser votre mutuelle pour les dépenses occasionnées pour vous et vos ayants droit.

Votre garantie

L'engagement d'Harmonie Mutuelle

L'engagement de la mutuelle porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne « régime complémentaire ». Le remboursement total donné à titre indicatif dans les exemples de remboursement 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 réalisés 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.

plus d'informations sur ameli.fr

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.

Votre garantie (suite)

Grille de prestations Socle Social Commun au 1^{er} janvier 2015 - Régime général

Consultation - visite omnipraticien, spécialiste

secteur conventionné sans dépassement
Secteur conventionné avec dépassement - Généraliste
Secteur conventionné avec dépassement autorisé - Spécialiste
Secteur non conventionné
Professeurs de médecine - secteur conventionné
Professeurs de médecine - secteur non conventionné
Transports médicaux

Actes de spécialité

(actes de chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation)
Conventionnés
Conventionnés avec dépassement autorisé
Non conventionnés

Analyses, laboratoires, auxiliaires médicaux

Conventionnés
Non conventionnés

Radiologie

(actes d'imagerie médicale et actes d'échographie)
Conventionnés avec dépassement autorisé
Non conventionnés

Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale

(application du TFR)
Les prestations de prévention figurant dans la liste publiée au journal officiel du 18 juin 2006 sont remboursées dans les conditions de prise en charge des garanties souscrites

Prothèses auditives

Avec accord de la Sécurité sociale
Une prothèse droite et une prothèse gauche tous les 4 ans

Sans accord de la Sécurité sociale

Autres prothèses : orthopédie...

Optique

Monture adulte (1 tous les 2 ans par personne)
Monture enfant (2 par an et par personne)
Verres (1 paire de verres /an /personne)
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale par an et par personne

Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia⁽⁴⁾
Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti reflet⁽⁵⁾

Dentaire (dans la limite d'un plafond annuel de 100 % du PMSS par bénéficiaire hors soins dentaires et implants)
Soins dentaires

Inlays-Onlays (SC17)

Prothèses remboursées par la Sécurité sociale

Intermédiaires de bridges⁽¹⁾

Inlays Core (SPR 57 / SPR 67)

implants (Radio, préparation, pose, inlay)
Prothèses dentaires (fixes ou provisoires) hors nomenclature ou non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)
Autres travaux dentaires hors nomenclature

Remboursement Sécurité sociale du régime général

70% TC / 100% TC
70% TC / 100% TC
70% TC / 100% TC
70% TA
70% TC / 100% TC
70% TA
65% TC

70% BR
70% BR
70% BR

60% TC / 70% TC
60% TA / 70% TA

70% BR
70% BR

15% / 30% / 65%

60% TC / 100 % TC

-

60% TC / 100 % TC (AT)

60% TC
60% TC
60% TC
60% TC

-

70% TC

70% TC

70% TC

70% TC
-
-
-

Régime complémentaire

100% TC - Rbt SS
200% TC - Rbt SS
400% TC - Rbt SS
150% TCR
400% TC - Rbt SS
170% TCR - Rbt SS
100% TC - Rbt SS

100% BR - Rbt SS
350% BR - Rbt SS
150% BR

100% TC - Rbt SS
100% BR

125% BR - Rbt SS
100% BR

85% / 70% / 35%

100% des FR jusqu'à 350% du TC, 75% des FR de 350 à 600% du TC et 50% des FR entre 600 et 1000% du TC
15% PMSS par prothèse
350% TC par prothèse

150 € / personne
120 € /an /enfant
se reporter à la grille optique⁽²⁾

200 €/an / personne

OUI

100% TC - Rbt SS

100% des FR jusqu'à 400% du TC, 75% des FR de 400 à 500% du TC et 50% des FR entre 500 et 600% du TC - Rbt SS
(Premier élément remboursé sur la base de 400% du TC d'un SPR 50, à partir du second élément : 400% de TCR d'un SPR30) - Rbt SS éventuel
200% BR - Rbt SS (plafonné à 3 inlays core / an)
960 € par implant (maximum 2 implants/an)
Forfait annuel 150 €

Néant

Votre garantie (suite)

Grille de prestations Socle Social Commun au 1^{er} janvier 2015 - Régime général

Dentaire (suite)

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale

Chirurgie frais chirurgicaux

(y compris la chirurgie réfractive remboursée par la SS)

Etablissement conventionné sans dépassement

Etablissement conventionné avec dépassement

Etablissement non conventionné

Hospitalisation

Hébergement en établissement conventionné - Frais de séjour

Hébergement en établissement non conventionné - Frais de séjour

Forfait hospitalier

Supplément chambre particulière sans chirurgie (hors ambulatoire)

Supplément chambre particulière en chirurgie (hors ambulatoire)

Frais d'accompagnement enfant / personne âgée

Maison de repos et de convalescence (honoraires et frais de séjour)

Supplément si séjour consécutif à une hospitalisation

Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale

Hébergement

Transport

Frais établissement thermal

Honoraires médicaux

Maternité

Autres

Amniocentèse refusée (femmes âgées de moins de 38 ans)

Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale

Vaccins de la liste des actes préventifs du décret du 8 juin 2006 ⁽³⁾

Consultations non remboursées d'ostéopathes ou de diététiciens

Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale

Remboursement Sécurité sociale du régime général

100% TC

-

80% BR / 100 % BR

80% BR / 100 % BR

80% BR / 100 % BR

80% BR / 100 % BR

80% BR / 100 % BR

-

-

-

-

-

80% TC

-

-

65 % TC

65% TC

70% TC

-

-

-

-

-

-

Régime complémentaire

100% des FR jusqu'à 300% du TC,
75% des FR de 300 à 400% du TC
et 50% des FR entre 400 et 500% du TC - Rbt SS
205% TCR

100% BR - Rbt SS
100% FR jusqu'à 400% de la BR - Rbt SS
100% FR jusqu'à 250% de la BR reconstituée,
70% du RAC de 250% à 400% de la BR
reconstituée - Rbt SS équivalent

100% BR - Rbt SS
100% BR - Rbt SS équivalent
100 %
60 € / jour
100 € / jour pour les actes ADC dont BR < 167 €
110 € / jour pour les actes ADC dont BR ≥ 167 €
50 € / jour
100% TC - Rbt SS
+ 20 € / jour pendant 30 jours maximum

200 € / an / personne

100% TC - Rbt SS

100% TC - Rbt SS

100% TC - Rbt SS

Chambre particulière dans la limite de 110 €/jour et
frais restant à charge dans la limite de 1,25% PASS

150€ / acte
Forfait annuel de 80 €
100% des FR (plafond 2% PMSS/an)
30€ par consultation (max 4 par an/bénéficiaire)
80% FR (max remboursement 1200 € / œil)

(1) Pour les intermédiaires de bridges joindre une facture.

(2) Grille optique

Verres unifocaux (simple foyer)

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	80 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	120 €
	0 à 4	> 2	
Classe 3	4,25 à 6	≤ 2	140 €
	4,25 à 6	> 2	
Classe 4	6,25 à 8	≤ 2	170 €
Classe 5	6,25 à 8	> 2	250 €
	> 8	tous	

Verres multifocaux (progressif)

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	230 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	260 €
Classe 3	0 à 4	> 2	280 €
	4,25 à 6	≤ 2	
Classe 4	4,25 à 6	> 2	330 €
	6,25 à 8	≤ 2	
Classe 5	6,25 à 8	> 2	420 €
	> 8	tous	

Hors Tiers payant, remboursement sur présentation de l'original de la facture détaillée (à déposer sur votre espace adhérent ou envoyer à la mutuelle).

(3) Diphtérie, tétanos, polyomélite / Coqueluche, Hépatite B < 14 ans / BCG < 6 ans / Rubéole adolescentes... / Haemophilus infl B / infections pneumocoques < 18 mois

(4) Le complément de garantie est limité à 2 verres par année civile et par bénéficiaire et conditionné à la mise en œuvre 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.

(5) 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.

TC : Tarif de Convention de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes conventionnés)

TCR : Tarif de convention Reconstitué pour le secteur 3 (égal au TC)

TA : Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes non conventionnés - secteur 3)

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité appliqué en cas d'existence d'un médicament générique

FR : Frais réels / RAC : Reste à charge / AT : Accident de Travail / - Rbt SS : moins remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de remboursement correspondant au tarif de la Sécurité sociale dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) et la Tarification à l'activité (T2A)

SPR : Lettre clé de Sécurité sociale concernant les actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien dentiste

ADC : Actes de Chirurgie

Les remboursements du régime complémentaire sont limités au montant des frais réels déduction faite des remboursements de la Sécurité sociale.

Ce document n'est qu'un résumé des garanties, seuls le contrat et les conditions générales font foi entre les parties. Le contrat répond aux conditions des contrats responsables et prend en charge l'intégralité des actes de prévention prévus dans la liste figurant à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Exemples de remboursement

dans le parcours de soins coordonnés - Régime Général (valeur du PMSS 2014 : 3 129 €)

Actes	Frais réels en €	Remboursements Sécurité sociale**			Remboursements mutuelle			Rbts SS + mutuelle en €**
		Base en €	Taux en %	Montants en €	Taux en %		Montants en €	
CONSULTATIONS GENERALISTES ET SPECIALISTES								
Généraliste conventionné sans dépassement	23,00	23,00	70%	16,10	30%		6,90	23,00
Généraliste conventionné avec dépassement	26,00	23,00	70%	16,10	130%		9,90	26,00
Spécialiste conventionné sans dépassement	28,00	28,00	70%	19,60	30%		8,40	28,00
Spécialiste conventionné avec dépassement	70,00	25,00	70%	17,50	330%		52,50	70,00
Spécialiste conventionné avec dépassement	90,00	28,00	70%	19,60	330%		70,40	90,00
Professeur de médecine - secteur conventionné	110,00	69,00	70%	48,30	330%		61,70	110,00
Professeur de médecine avec dépassement - secteur conventionné	150,00	69,00	70%	48,30	330%		110,70	150,00
OPTIQUE								
Monture adulte (1 tous les 2 ans et par personne)	120,00	2,84	60%	1,70	Forfait	150 € /1 tous les 2 ans/pers.	118,30	120,00
Verres unifocaux - classe 2 (1 paire de verres /an et /personne)	240,00	7,32	60%	4,39	Forfait	120 €/verre	235,61	240,00
TOTAL	360,00			6,09			353,91	360,00
Monture adulte (1 tous les 2 ans et par personne)	140,00	2,84	60%	1,70	Forfait	150 € /1 tous les 2 ans/pers.	138,30	140,00
Verres multifocaux - classe 3 (1 paire de verres /an et /personne)	500,00	20,74	60%	12,44	Forfait	280 € / verre	487,56	500,00
TOTAL	640,00						625,86	640,00
Lentilles non remboursées SS (par an et par personne)	140,00	0,00	0%	0,00	Forfait	200 €/an/pers	140,00	140,00
DENTAIRE								
Couronne SPR50	590,00	107,50	70%	75,25			461,63	536,88
Bridge 3 éléments SPR130								
Pilier SPR 50	590,00	107,50	70%	75,25			461,63	536,88
1 ^{er} inter de bridge SPR 30	450,00	64,50	70%	45,15			384,85	430,00
Pilier SPR50	590,00	107,50	70%	75,25			461,63	536,88
TOTAL	1 630,00			195,65			1 308,11	1 503,76
2 implants (Radio, préparation, pose inlay core sur implant)	2 400,00	0,00	0%	0,00		960 €/implant (maxi 2/an)	1 920,00	1 920,00
Inlay Core (SPR57)	350,00	122,55	70%	85,79	200%	(maxi 3/an)	159,31	245,10
SOINS DENTAIRES								
Cotation Sécurité sociale SC34	81,94	81,94	70%	57,36	30%		24,58	81,94
ORTHODONTIE DENTO FACIALE								
Orthodontie TO 90 remboursée	900,00	193,50	100%	193,50			595,13	788,63
Othodontie TO 90 non remboursée	550,00	193,50	0%	0,00	205%		396,68	396,68
PROTHESES AUDITIVES								
Prothèse auditive avec accord Sécurité sociale	1 500,00	199,71	60%	119,83			1 104,48	1 224,31
Prothèse auditive sans accord Sécurité sociale	1 500,00	0,00	0%	0,00	Forfait	15% PMSS	462,90	462,90
CURES THERMALES								
Surveillance médicale	64,03	64,03	70%	44,82	30%		19,21	64,03
Frais établissement thermal	348,04	348,04	65%	226,23	35%		121,81	348,04
Frais d'hébergement (par an et par bénéficiaire)	610,00	0,00	0%	0,00	Forfait	200 €/an/ bénéf.	200,00	200,00
HOSPITALISATION								
Appendicectomie par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie (Appendicite) avec ADC dont BR > 167 €								
Chambre particulière 3 Jours	330,00	0,00	0%	0,00	Forfait	110 €/jour max	330,00	330,00
Frais chirurgicaux (établissement conventionné avec dépassement)	350,00	180,45	100%	180,45			169,55	350,00
Forfait journalier 3 jours (18 € x 3)	54,00	0,00	0%	0,00	Forfait	18 €/jour	54,00	54,00
AUTRES								
Ostéopathie ou diététicien	60,00	0,00	0%	0,00	(max 4 par an et par bénéficiaire)		30,00	30,00
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale (pour 2 yeux)	5 000,00	0,00	0%	0,00	80% FR (Plafond de 1200 €/œil)		2 400,00	2 400,00

(*) Hors parcours de soins les franchises sur les dépassements sont appliquées. A titre d'exemple la franchise est de 8 € pour une consultation de spécialiste de secteur 1 au 01/012013

** hors franchise et participation forfaitaire.

NB : Des plafonds par année civile et par bénéficiaire existent pour certaines prestations (Optique, Dentaire, Inlay, etc...)

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.

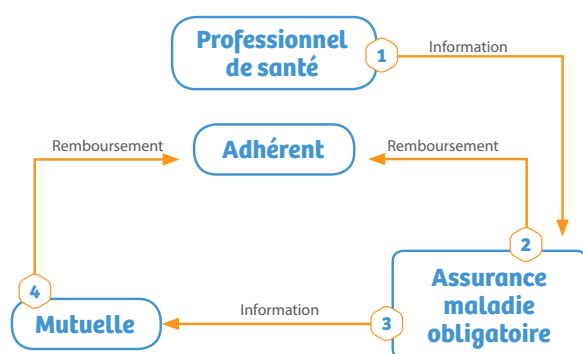
Dans la plupart des départements, le tiers payant est étendu aux radiologues, laboratoires, opticiens, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, transports sanitaires...

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 (règlement quasi simultané à celui du régime obligatoire).

Les étapes du remboursement par télétransmission

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

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

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

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, vos 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.

Vous pouvez aussi déposer sur votre espace adhérent toute demande de remboursement accompagnée des justificatifs nécessaires.

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.

Suivi des remboursements en ligne

Pour suivre au mieux votre budget santé, vous pouvez suivre le détail des remboursements effectués par Harmonie Mutuelle sur **votre espace adhérent**. Vous pouvez également, le cas échéant, recevoir à votre domicile, le détail des remboursements.

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.

À savoir

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



Kalivia, notre réseau national d'opticiens et d'audioprothésistes 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 Kalivia.

Les avantages du réseau Kalivia :

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**.

Kalivia Optique

- ✚ **Plus de 4 600 opticiens** sont membres du réseau Kalivia, sur la France entière.
- ✚ **Jusqu'à 40 % de réduction** sur le prix des verres.
- ✚ **Majoration du remboursement de la mutuelle** avec possibilité de prise en charge intégrale des verres selon les recommandations techniques du réseau Kalivia.
- ✚ **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...

Kalivia Audio

- ✚ Plus de **2 000 audioprothésistes** 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 Kalivia (avec indication des tarifs par gamme pour les aides auditives), sur votre espace adhérent www.complementairesantetotal.fr, en agence ou auprès de votre centre de contact dédié.

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 contacter Harmonie Santé Services ou Harmonie Protection Juridique, sans interruption, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

(accès direct au service du lundi au vendredi, de 8h00 à 18h30)

Par téléphone au : **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**

Pour plus de renseignements, vous reporter aux notices d'Harmonie Santé Services ou Harmonie Protection juridique, sur votre espace adhérent ou au résumé page 17. **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. Retrouvez Essentiel Santé Magazine sur le site **www.complementairesantetotal.fr**

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. Activités sportives, de loisir ou de bien-être, il y en a pour tous les âges et tous les budgets !

Retrouvez tous ces avantages sur le site **www.avantages-harmonie.fr**.

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 vous apporte un soutien et étudie les demandes d'aide exceptionnelles en cas de difficultés, au-delà de ce qui est prévu par votre contrat. **Contactez-nous au numéro Cristal 09 69 39 29 13** (appel non surtaxé)

Notre Fondation d'Entreprise soutient les associations impliquées dans la lutte contre les exclusions en apportant une aide logistique, technique ou organisationnelle **www.fondation-harmonie-solidarites.fr**.

Lexiques

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 régime.

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.



Lexique optique

Les professionnels de la vision

L'ophtalmologiste

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

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

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

L'orthoptiste

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

L'opticien

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

Lexique optique (suite)

Les défauts visuels

Les amétropies

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

Le strabisme

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

Le daltonisme

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

Les maladies des yeux

Le glaucome

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

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

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

La cataracte

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

La conjonctivite

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

Les corrections

La myopie

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

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

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

L'hypermétropie

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

L'astigmatisme

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

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

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

La presbytie

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

Les verres

Unifocal (verre)

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

Multifocal (verre)

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

Sphère

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

Cylindre

Mesure en dioptries pour la correction de l'astigmatisme.

Torique (verre)

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

Dioptrie

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

La chirurgie correctrice

Le laser

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

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

L'incision cornéenne

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

Les anneaux intra-cornéens

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

Les implants oculaires

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

Harmonie Santé Services^(A) Harmonie Protection Juridique^(B)

Assistance à domicile en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM

La couverture géographique d'assistance est valable :

- ✚ au domicile, pour l'assistance de tous les jours ;
- ✚ pour tout déplacement* en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM** (au-delà de 50 km du domicile), pour la prestation « Transfert de corps en cas de décès » et « Transfert médical » ;
- ✚ dans le monde entier pour l'assistance à l'étranger.



Écoute - Informations - Conseil - Orientation

Conseil social/ Orientation

Une assistante sociale vous délivre des informations sur les aides existantes et sur les démarches à effectuer :

- **action sanitaire et sociale** : la personne, la famille, la maternité, l'enfant, les prestations familiales, les jeunes, l'emploi, le chômage, le budget, le logement, la maladie et l'accident, le handicap et l'invalidité, la retraite, l'aide sociale et l'aide juridique, le décès,
- **handicap** : l'autonomie, les aides, les ressources, l'invalidité, l'emploi, le statut, les droits des personnes. Pourront également vous être communiquées les coordonnées des associations spécialisées ou maisons départementales, de structures spécialisées dans la vente et la location d'appareils pour personnes handicapées.

Soutien psychologique par téléphone dans le cadre d'une situation liée à l'état de santé, à la vie professionnelle, ainsi que l'aide aux aidants

Service d'écoute et de soutien assuré par un psychologue clinicien diplômé, procurant ainsi un espace de parole gratuit et confidentiel (10 entretiens maximum/année civile).

Soutien en cas de pathologies lourdes et Prévention contre l'isolement.

Informations médicales

Contact confidentiel avec un médecin pour une demande d'avis médical, d'explications (ne remplace pas une consultation).

Services à la personne

Dans le cadre d'une problématique de santé, les coordonnées de prestataires de services (dépannage et travaux domicile, préparation ou portage plateau repas, soins esthétiques à domicile) vous sont communiquées.

Informations sociales, juridiques

Aide et conseils par téléphone sur divers thématiques telles que réglementaires (habitat, justice, assurances sociales, fiscalités...) et pratiques (consommation, vacances, permis...).

Prestations d'assistance santé

A chaque événement déclencheur, sans limitation du nombre, mise en place d'une prestation d'assistance selon vos besoins.

✚ Concernant les bénéficiaires (inscrits sur le bulletin d'adhésion)

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures, d'immobilisation de plus de 5 jours suite à hospitalisation en ambulatoire, d'hospitalisation maternité de plus de 5 jours, d'accouchement par césarienne ou de naissance multiple (une prestation au choix pendant ou après l'hospitalisation).

Aide à domicile

Recherche et prise en charge à concurrence d'un maximum de 6 h d'intervention (ménage, courses, repas...). Cette aide pourra être portée à un maximum de 10h si vous vivez seul, si votre conjoint est handicapé ou dépendant⁽¹⁾ ou si vous avez la charge d'enfant(s) de moins de 10 ans.

Prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, Harmonie Santé Services met en place et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- prestation(s) de livraison de courses alimentaires ;
- service(s) de portage de repas ;
- entretien(s) du linge ;
- séance(s) de coiffure à domicile ;
- séance(s) de coaching santé, coaching nutrition.

Garde des enfants de moins de 16 ans	Organisation et prise en charge de la garde des enfants au domicile (8h / jour pendant 5 jours ouvrables), ou organisation et prise en charge du transport chez un proche ⁽²⁾ , ou organisation et prise en charge du transport d'un proche ⁽²⁾ jusqu'au domicile. Possibilité d'assurer le transport scolaire aller/retour.
Garde des personnes dépendantes vivant au domicile de l'adhérent	Prise en charge de la garde des personnes au domicile (8 h / jour pendant 5 jours ouvrables), ou organisation et prise en charge du transport chez un proche ⁽²⁾ , ou organisation et prise en charge du transport d'un proche ⁽²⁾ jusqu'au domicile.
Garde d'animaux familiers (chien et chat)	Prise en charge du gardiennage des animaux à votre domicile ou dans un centre agréé (maximum 30 jours et dans la limite de 300 € TTC).
Présence d'un proche au chevet	Organisation du transport d'un proche jusqu'au domicile du bénéficiaire ou réservation d'un hébergement si besoin. Les frais sont à la charge du proche.
En cas de traitement de longue durée (chimiothérapie, radiothérapie).	
Aide à domicile	En cas de traitement de longue durée (chimiothérapie, radiothérapie) : 24h sur 12 mois pendant la durée du traitement. Y compris chimiothérapie à domicile.

⚙ **Concernant les chefs de familles et conjoints bénéficiaires (inscrits sur le bulletin d'adhésion)**

En cas de déplacement (2) à plus de 50 km du domicile

Accompagnement	Conseil médical en cas de maladie ou de blessure Consultation ou avis donné par l'un des médecins de l'équipe médicale d'Harmonie Santé Services à un bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement.
Transfert médical	Le médecin d'Harmonie Santé Services peut proposer le transfert vers un centre de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient.

En cas d'hospitalisation de plus de 8 jours

Téléassistance	En cas d'hospitalisation de plus de 8 jours, Harmonie Santé Services organise et prend en charge les frais d'installation et les frais d'abonnement d'un dispositif de téléassistance pendant 3 à 6 mois selon l'âge du bénéficiaire hospitalisé. L'équipe de travailleurs sociaux d'Harmonie Santé Services aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.
-----------------------	--

En cas d'impossibilité temporaire de se déplacer et si personne ne peut venir en aide

Portage de médicaments	Organisation et prise en charge de l'acheminement des médicaments prescrits par le médecin (maximum 3 portages).
-------------------------------	--

⚙ **Concernant les enfants de moins de 16 ans (inscrits sur le bulletin d'adhésion)**

En cas d'enfant bénéficiaire, malade ou blessé à son domicile

Garde d'enfant	Organisation et prise en charge de la garde des enfants au domicile (8 h / jour pendant 5 jours ouvrables), ou organisation et prise en charge du transport d'un proche jusqu'au domicile.
Ecole à domicile	Si votre enfant est immobilisé, sur décision du médecin traitant, à domicile ou en milieu hospitalier plus de 15 jours suite à accident ou maladie, prise en charge d'un répétiteur scolaire dans la limite d'un maximum de 10h / semaine pendant la durée effective de l'année scolaire (2h minimum par déplacement).
Déplacement et hébergement d'un proche	Hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM à plus de 50 km du domicile.

Prestations d'assistance personnes handicapées ⁽¹⁾

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'hospitalisation maternité du bénéficiaire handicapé inscrit sur le bulletin d'adhésion

Prise en charge du transfert et de la garde du chien	Organisation et prise en charge du gardiennage du chien guide du bénéficiaire handicapé visuel ou moteur pendant 30 jours maximum dans un centre agréé.
Aide à la maternité	Un(e) auxiliaire de puériculture vous accompagne dans l'apprentissage des premiers gestes (8h maximum dans le mois suivant la naissance) au domicile.

En cas d'accident ou de maladie soudaine de l'aidant du bénéficiaire handicapé inscrit au bulletin d'adhésion

Aide aux démarches administratives	Organisation et prise en charge de la venue d'une aide 8 h maximum pendant l'indisponibilité de l'aidant hospitalisé pendant plus de 24 h ou immobilisé pendant plus de 2 jours sur décision du médecin traitant.
---	---

Aide aux déplacements du bénéficiaire handicapé inscrit au bulletin d'adhésion

Mise à disposition d'un accompagnateur ou auxiliaire d'intégration sociale	En cas de déménagement ou de changement de travail pour l'apprentissage du nouveau trajet et du nouvel environnement, maximum 8 h dans le mois qui suit l'événement.
Accompagnement pour examens médicaux	Mise à disposition d'un accompagnant, maximum 6 h une fois par mois, et à moins de 50 km du domicile.
Organisation voyage	Mise en relation avec un opérateur pour préparer un itinéraire et l'accessibilité.

Prestations d'assistance à l'étranger

Concernant les bénéficiaires inscrits sur le bulletin d'adhésion, dans le cadre d'un séjour privé de moins de 31 jours

Service d'informations et de prévention médicale	Les médecins d'Harmonie Santé Services peuvent répondre à toute question liée à la santé 24h/24, 7jours/7 avant et pendant le voyage du bénéficiaire (réseaux médicaux, modalités de soins, vaccinations, pathologies, hygiène). Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, en aucun cas, il ne peut se substituer à une consultation médicale sur place.
Accompagnement et écoute au cours d'une hospitalisation à l'étranger	Mobilisation des médecins d'Harmonie Santé Services pour apporter soutien au bénéficiaire ainsi qu'à sa famille et leur apporter toutes les informations nécessaires sur les démarches thérapeutiques envisagées par le médecin en charge. De plus, si la situation le nécessite (situation de crise, victimologie ou traumatologie), un service d'écoute est mis à la disposition du bénéficiaire ainsi que de sa famille avec une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue clinicien diplômé.
Présence d'un proche	Si hospitalisation à l'étranger plus de 10 jours, prise en charge de la venue d'un proche s'il n'est pas déjà sur place.
Rapatriement sanitaire	Conseil médical en cas de maladie, blessure ou accident et prise en charge du transfert vers un établissement de soins mieux adapté ou rapatriement sanitaire selon la décision des médecins d'Harmonie Santé Services.
Retour des bénéficiaires	Prise en charge du retour des ayants droit se trouvant sur place vers leur lieu de résidence habituelle s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.
Transmission du dossier médical	Collecte des données médicales relatives aux soins à l'étranger et transmission au médecin traitant du bénéficiaire.
Frais médicaux à l'étranger	Remboursement des frais médicaux à l'étranger sur ordonnance médicale, à la suite de maladie, blessure ou d'accident imprévus, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale et après intervention de celle-ci. Plafond : 76 000 € TTC sans franchise pour les honoraires médicaux, frais d'hospitalisation et frais chirurgicaux imprévus ou 150 € TTC pour les urgences dentaires.
Mise à disposition d'un médecin sur place	Durant un séjour à l'étranger, l'adhérent peut être dirigé vers un médecin désigné par celui-ci dans la région où il se trouve.
Remboursement des frais téléphoniques	Possibilité de rembourser à concurrence de 100 € par demande, les seuls appels téléphoniques de l'adhérent à destination ou provenant d'Harmonie Santé Services sur présentation de la facture détaillée originale de l'opérateur téléphonique.

Harmonie Protection Juridique

Règles générales

Services	- un service d'assistance juridique par téléphone qui répond à vos questions d'ordre juridique, vous informe sur vos droits, vous apporte une aide afin de prendre une décision et de trouver une solution à vos problèmes; - un service de protection juridique qui prend les mesures utiles afin de faire valoir vos droits à l'amiable et, au besoin, vous donne les moyens d'en poursuivre l'exercice en justice.
----------	--

Domaines et événements garantis

Protection juridique médicale et pharmaceutique	En cas de litige ou de différend résultant d'une erreur médicale, d'une erreur de diagnostic ou d'une infection nosocomiale.
Protection juridique handicap et dépendance	Intervient dans les domaines suivants : La protection sociale : en cas de litiges ou différends rencontrés avec : - une maison de retraite ou un établissement médicalisé ; - une assistante médicale, une aide-ménagère... ; - les services de proximité (portage de repas,...) ; - ainsi que toutes les aides publiques. Les cartes de transport et de stationnement : pour les litiges ou différends vous opposant aux organismes sociaux et/ou à l'administration et relatifs à la délivrance d'une carte de transport ou de stationnement. La consommation : pour les litiges ou différends survenant : - avec le fournisseur ou le réparateur de l'appareillage ou des équipements liés au handicap (fauteuils, prothèses...); - avec l'artisan ou l'entreprise ayant réalisé des aménagements du domicile liés au handicap.
Mesures de protection d'un proche	Avis et conseils sur les différentes mesures de protection prévues par le Code Civil (sauvegarde de justice, mise sous tutelle ou sous curatelle) et sur les démarches à entreprendre pour les mettre en place. Faire valoir ses droits lorsque la mesure de protection envisagée ou prise est contestée.

Contactez Harmonie Santé Services ou Harmonie Protection Juridique

24 heures sur 24, 7 jours sur 7

Depuis la France, par téléphone au

N°Cristal 09 69 39 29 13
APPEL NON SURTAXE

Par télécopie : **00 33 (0)2 51 83 26 31**

Pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM ou depuis l'étranger,
par téléphone : 00 33 (0)9 69 39 29 13
par télécopie : 00 33 (0)2 40 44 43 93

(A) Harmonie Santé Services est un contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit dans le cadre de l'article L 221.3 du Code de la Mutualité auprès de **Ressources Mutuelles Assistance** (union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.) par Harmonie Mutuelle au profit de ses adhérents bénéficiaires d'une garantie santé de la mutuelle. 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.

(B) Les garanties de protection juridique sont assurées par **CFDP Assurances** Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 600 000 €, ayant son siège social : 1 place Francisque Régault - 69002 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156.

(1) Le statut de personne handicapée ou dépendante doit être reconnu au sens de la législation ou réglementation en vigueur par l'organisme officiel compétente.

(2) Déplacement en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM / Proche domicilié en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM

* sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

** pour les DROM, le bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent par l'assistance à l'intérieur du département uniquement.

Pour toute question

Contactez-nous

par téléphone au **09 80 98 00 17** (appel non surtaxé)

Par e-mail :

Pour la gestion administrative :

Enregistrer un changement de RIB, d'adresse...

Transmettez-nous vos justificatifs dans le coffre-fort «vos documents».

Pour les prestations :

Transmettez-nous vos devis et demandes de remboursement dans le coffre-fort «vos documents»

Ajoutez et visualisez directement vos justificatifs, devis, factures... dans votre coffre-fort en cliquant dans la rubrique " Vos documents " de votre espace personnel

Pour l'envoi de vos demandes de remboursements, modifications etc...

Votre centre de gestion à Angers

HARMONIE MUTUELLE
centre de gestion Total DACO
TSA 11236
49012 ANGERS CEDEX 1

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

Pour vous connecter à votre espace adhérent :

www.complementairesantetotal.fr

mot de passe : **SANTETOTAL**

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.

