

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE ♡ ÉDITION 2021

OFFRE RÉFÉRENCÉE

ARMÉES

et Établissements rattachés

» PERSONNEL MILITAIRE



**Harmonie
fonction
publique**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

Sommaire

Préambule	2
Qui peut adhérer?	
Modalités d'adhésion	3
Prestations santé	4
Prestations prévoyance	10
Cotisations santé et prévoyance	12
Assistance santé	13
Prévention	14
Services	15
Garanties santé à l'international	18
Comment adhérer ?	22
Contacts	23

En nous rejoignant, vous optez pour une Mutuelle qui s'engage pour vous apporter au quotidien des avantages et des services de qualité. S'inscrivant au cœur du Groupe VYV, le groupe de protection sociale mutualiste et solidaire, votre Mutuelle s'engage à vous protéger dans toutes les situations que vous pourriez rencontrer. Notre volonté : vous accompagner tout au long de la vie en nous positionnant comme un acteur de santé globale, avec des offres en prévention, santé, prévoyance et bien plus encore...

» Votre protection mérite tout notre intérêt

L'offre de votre Mutuelle est référencée par le ministère des Armées

Depuis le 1^{er} janvier 2018 et pour 7 ans, tous les personnels militaires du ministère des Armées et des établissements rattachés ainsi que leur famille peuvent bénéficier de l'offre référencée proposée par votre Mutuelle.

Notre engagement est de vous apporter une offre adaptée à vos besoins, quel que soit votre niveau de revenus.

L'offre référencée associe obligatoirement la santé et la prévoyance pour les militaires en activité. Elle garantit une solidarité entre les adhérents.

L'ensemble des risques est géré par votre Mutuelle.

Avec l'offre référencée :

- » Des remboursements de soins adaptés et performants pour l'ensemble des personnels ;
- » Une couverture arrêt de travail de courte durée et longue durée (inaptitude à servir et invalidité) ;
- » Une couverture en cas de décès du militaire en activité ;
- » Une couverture dépendance facultative complète les garanties lors de la cessation d'activité.

» Les modalités d'adhésion

Liste des documents à compléter et à nous transmettre (joindre les justificatifs) :

- » Un bulletin d'adhésion santé prévoyance ;
- » Un document désignation de bénéficiaire(s) de capital décès ;
- » Une copie du dernier bulletin mensuel de solde pour les actifs (pour les nouvelles recrues, l'indice de référence de la catégorie d'emploi lors du recrutement doit obligatoirement être précisé sur le bulletin d'adhésion dans la situation administrative ou la déclaration sur l'honneur des revenus doit être jointe au dossier) ;
- » Une copie du brevet et/ou du dernier bulletin de pension pour les retraités ;
- » Un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations ;
- » Pour le prélèvement des cotisations sur compte bancaire, le mandat de prélèvement SEPA ;
- » Une copie de l'attestation Vitale pour chaque bénéficiaire ;
- » Les justificatifs de la situation des ayants droit si nécessaire ;

Pour les concubins et les personnes liées par un pacte civil de solidarité), les justificatifs doivent être fournis.

Tout changement de situation de l'adhérent tel que changement d'adresse, d'employeur, de revenus, de RIB, naissance, divorce, mariage, décès, départ, etc. doit être signalé par courrier, accompagné des pièces justificatives à l'adresse ci-dessous :

Harmonie Mutuelle

Centre de gestion Harmonie Fonction Publique

Rue Berrier Fontaine - BP 1410

83056 Toulon cedex

Tél. 09 70 82 41 16 (adhérents métropole)

Tél. 05 57 99 00 77 (adhérents DOM TOM)



Qui peut adhérer ?

L'adhésion santé concerne les militaires actifs ou retraités et leur famille. Les personnes considérées comme bénéficiaires sont :

- » Le conjoint (marié ou pacsé ou vivant maritalement avec le militaire) ;
- » Les enfants à la charge du militaire s'ils ont moins de 18 ans (ou moins de 28 ans s'ils poursuivent leurs études, s'ils sont sous contrat d'apprentissage) qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, recueillis ou bien pupilles de la nation dont le militaire, son conjoint, son concubin ou son partenaire PACS est tuteur ;
- » Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé (AAH) ;
- » Les ayants cause (à savoir les veufs(ves) et orphelins des adhérents décédés).

» Les garanties santé du ministère des Armées et EPA rattachés

L'offre référencée de votre Mutuelle vous permet d'accéder à des soins de qualité, en complétant les remboursements de la Sécurité sociale et en diminuant le reste à charge. Notre offre comprend plusieurs niveaux de protection.

Remboursements pour des prestations effectuées en France y compris DOM/TOM et COM

En parcours de soins coordonnés Taux de remboursement	Remboursements CNMSS		
	+ Niveau 1	+ Niveau 2	+ Niveau 3
HOSPITALISATION			
Frais de séjour établissements conventionnés	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier (selon dernière valeur fixée par décret)	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Forfait journalier psychiatrie (selon dernière valeur fixée par décret)	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Forfait journalier en maison d'accueil spécialisée (selon dernière valeur fixée par décret)	100% frais réels (maximum 60 jours / an en MAS)	100% frais réels (maximum 60 jours / an en MAS)	100% frais réels (maximum 60 jours / an en MAS)
Honoraires			
- Actes de chirurgie adhérents DPTM	150% BR	175% BR	200% BR
- Actes de chirurgie non adhérents DPTM	130% BR	155% BR	180% BR
- Actes d'anesthésie adhérents DPTM	150% BR	175% BR	200% BR
- Actes d'anesthésie non adhérents DPTM	130% BR	155% BR	180% BR
- Actes techniques médicaux adhérents DPTM	150% BR	175% BR	200% BR
- Actes techniques non médicaux adhérents DPTM	130% BR	155% BR	180% BR
Autres honoraires adhérents DPTM	150% BR	175% BR	200% BR
Autres honoraires non adhérents DPTM	130% BR	155% BR	180% BR
Chambre particulière			
Avec nuitée	30 € / jour (max 30 jours)	45 € / jour (max 40 jours)	60 € / jour (max 50 jours)
En ambulatoire	15 €	20 €	25 €
Lit accompagnant (enfants de -16 ans ou handicapés)	15 € / jour (max 30 jours)	30 € / jour (max 30 jours)	45 € / jour (max 30 jours)
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100% frais réels (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100% frais réels (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100% frais réels (limité au forfait réglementaire en vigueur)
TRANSPORT			
Transport remboursé par la CNMSS	100% BR	100% BR	100% BR
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Généralistes (consultations et visites) adhérents DPTM	120% BR	150% BR	170% BR
Généralistes (consultations et visites) non adhérents DPTM	100% BR	130% BR	150% BR
Spécialistes (consultations et visites) adhérents DPTM	120% BR	150% BR	170% BR
Spécialistes (consultations et visites) non adhérents DPTM	100% BR	130% BR	150% BR
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux adhérents DPTM	150% BR	175% BR	200% BR

En parcours de soins coordonnés Taux de remboursement	Remboursements CNMSS		
	+ Niveau 1	+ Niveau 2	+ Niveau 3
SOINS COURANTS (SUITE)			
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux non adhérents DPTM	130% BR	155% BR	180% BR
Actes d'imagerie médicale dont ostéodensitométrie, actes d'échographie adhérents DPTM	120% BR	150% BR	170% BR
Actes d'imagerie médicale dont ostéodensitométrie, actes d'échographie non adhérents DPTM	100% BR	130% BR	150% BR
Sage-femmes	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments			
Remboursés par la CNMSS	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins prescrits et non remboursés par la CNMSS	50 € / an	100 € / an	150 € / an
Contraception prescrite non remboursée par la CNMSS	50 € / an	100 € / an	150 € / an
Sevrage tabagique (toutes formes)	65% BR + 100 € / an	65% BR + 150 € / an	65% BR + 200 € / an
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages (hors auditives)	100% BR	200% BR	250% BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100% frais réels (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100% frais réels (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100% frais réels (limité au forfait réglementaire en vigueur)
Cures thermales			
Frais d'établissement, d'hébergement et de transport	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires	100% BR	100% BR	100% BR
MÉDECINE DOUCE			
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Ethioopathie	20 € maximum / séance jusqu'à 3 séances / an	25 € maximum / séance jusqu'à 4 séances / an	30 € maximum / séance jusqu'à 5 séances / an
AIDES AUDITIVES^(*)			
Prothèses auditives de Classe I - '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'
Prothèses auditives de Classe II - 'Tarifs libres '	150% BR / appareil	300% BR / appareil	400% BR / appareil
Piles ⁽¹⁾	100% BR	200% BR	200% BR
Accessoires, Réparations	100% BR	200% BR	200% BR
DENTAIRE			
Panier de soins prothétiques '100% Santé'⁽²⁾			
Inlay core	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
Prothèses			
Panier de soins prothétiques à 'Tarifs maîtrisés'⁽³⁾			
Inlay, onlay	150% BR dans la limite des HLF	250% BR dans la limite des HLF	350% BR dans la limite des HLF
Inlay core	200% BR dans la limite des HLF	300% BR dans la limite des HLF	400% BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200% BR dans la limite des HLF	300% BR dans la limite des HLF	400% BR dans la limite des HLF

En parcours de soins coordonnés
Taux de remboursement

	Remboursements CNMSS		
	+ Niveau 1	+ Niveau 2	+ Niveau 3
DENTAIRE (SUITE)			
Panier de soins prothétiques à 'Tarifs libres'⁽⁴⁾			
Inlay, onlay	150% BR	250% BR	350% BR
Inlay core	200% BR	300% BR	400% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200% BR	300% BR	400% BR
Soins			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Autres actes dentaires			
Orthodontie remboursée par la CNMSS	200% BR	300% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée par la CNMSS	100 € / an	200 € / an	400 € / an
Implants dentaires	200 € / implant (max 2 / an)	300 € / implant (max 3 / an)	400 € / implant (max 3 / an)
Parodontologie	100% BR	150% BR	200% BR
OPTIQUE			
Équipements de Classe A - '100% Santé'⁽⁵⁾			
Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) ⁽⁶⁾	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'
Bénéficiaire de moins de 16 ans (Monture + 2 Verres) ⁽⁶⁾			
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)			
Équipements de Classe B - 'Tarifs libres'⁽⁷⁾			
Verre unifocal simple	100% BR + 30 € / verre	100% BR + 50 € / verre	100% BR + 80 € / verre
Verre unifocal complexe	100% BR + 75 € / verre	100% BR + 90 € / verre	100% BR + 120 € / verre
Verre multifocal simple	100% BR + 80 € / verre	100% BR + 100 € / verre	100% BR + 130 € / verre
Verre multifocal complexe	100% BR + 90 € / verre	100% BR + 120 € / verre	100% BR + 160 € / verre
Monture	100% BR + 50 € / monture	100% BR + 60 € / monture	100% BR + 70 € / monture
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B			
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe B	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'	Prise en charge '100% Santé'
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B	100% BR	100% BR	100% BR
Autres prestations			
Lentilles remboursées par la CNMSS	100% BR + 50 € / an	100% BR + 100 € / an	100% BR + 150 € / an
Lentilles non remboursées par la CNMSS	50 € / an	100 € / an	150 € / an
Chirurgie réfractive de l'œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

HLF : Honoraires Limites de Facturation

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

PLV : Prix Limite de Vente

TM : Ticket modérateur

AIDES AUDITIVES⁽¹⁾

Classe I : '100% Santé'

Classe II : autre que '100% Santé'

Prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins '100% Santé'

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit '100% Santé' :

- en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier dit '100% Santé') fixés par la LPP

Prise en charge maximale des aides auditives autres que '100% Santé'

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement (autres que '100% Santé'), alors le contrat doit respecter un plafond de prise en charge de 1700 euros par aide auditive.

Le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Les aides auditives du panier de soins '100% Santé' et autres que '100% Santé'

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Ces dispositions s'appliquent à partir du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(4) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(5) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panacheage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(6) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'ophtalmologiste adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations

médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction excédant à une pathologie ophtalmologique (glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et polypebrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératoplasties évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive) ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale (diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paraneoplasique) ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours (corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires).

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ;
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(7) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panacheage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

» La santé pour tous

Tiers payant France entière

Le tiers payant vous évite d'avancer des sommes parfois importantes aux professionnels de santé. Avec la **carte de tiers payant mutualiste iSanté**, vous n'effectuez pas l'avance du remboursement Mutuelle auprès des professionnels de santé conventionnés du réseau (plus de 200 000 répartis sur tout le territoire national).

Le réseau, c'est :

- » 57 116 infirmiers
- » 34 787 kinésithérapeutes
- » 26 184 pharmaciens
- » 16 297 transporteurs
- » 15 075 opticiens
- » 11 731 orthophonistes
- » 8 673 radiologues
- » 6 718 laboratoires
- » 5 890 dentistes
- » 5 400 frais séjour...

Domaines couverts droit au tiers payant		DROITS EN LIGNE COUVERTS											
Nom - Prénoms Date de naissance - Rangs - N°S.S. - CSE		PHND	PHCO	PHOR	MEDE	SVIL	CSSE	TRAN	HOSP	DESD	ORAU	DEPR	DEOR
Dupont Michel	27/03/1980 - 1 - 1600120436789 - 21	100%	100%	55%/10	100%	100%	100%	100%	PEC 01	100%	PEC	PEC	PEC

Pour trouver un professionnel de santé proche de chez vous, connectez-vous à votre espace adhérent.

Des remboursements rapides grâce aux accords de télétransmission signés avec les caisses du régime obligatoire (Sécurité sociale).

Un réseau de services de soins et d'accompagnement mutualistes notamment en optique, audioprothèse, hospitalisation et dentaire.

Des remboursements performants

Selon la garantie choisie, vous bénéficiez d'une participation financière pour vos frais liés :

- » **Aux médecines douces** : de **60 € à 150 € par an** pour vos séances d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie...
- » **A la contraception féminine** : de **50 € à 150 € par an** pour les contraceptifs non pris en charge par le régime obligatoire (Sécurité sociale).
- » **Aux vaccins** : de **50 € à 150 € par an** pour les vaccins non remboursés par le régime obligatoire (Sécurité sociale) : vaccins contre la méningite, fièvre jaune...

Pour une meilleure qualité de vie

Pour une « Vie sans tabac »

Faites-vous aider, votre Mutuelle participe aux remboursements des substituts nicotiniques et des thérapies liées à l'arrêt du tabac jusqu'à **200 € par an**.



Les médecines douces pour tous

De plus en plus de personnes ont recours aux médecines douces qui, pour la plupart, ne sont pas remboursées par le régime obligatoire (Sécurité sociale).

Pourtant certaines pratiques font l'objet d'une reconnaissance officielle par les pouvoirs publics : la chiropractie, l'ostéopathie, l'étiopathie et l'acupuncture.

C'est pourquoi, nous les prenons en charge dans les garanties Santé.

Selon la garantie choisie, l'adhérent bénéficie jusqu'à 5 séances d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie et d'acupuncture à raison de 30 € remboursés par séance.

Quelques définitions

» La chiropractie

La chiropractie consiste à manipuler les vertèbres en vue de maintenir l'influx assuré par la moelle épinière entre le cerveau et le corps.

» L'ostéopathie

L'ostéopathie utilise des techniques manuelles qui abordent le squelette dans sa globalité afin d'agir sur des perturbations qui se manifestent localement.

» L'étiopathie

L'étiopathie est une méthode d'analyse des pathologies et de traitement manuel basée sur l'approche systémique du corps humain.

» L'acupuncture

Branche de la médecine chinoise traditionnelle consistant à piquer avec des aiguilles en des points précis de la surface du corps humain.

» La prévoyance en quelques mots

Pour les militaires en activité

La Prévoyance recouvre un ensemble de garanties qui ont pour objet de vous protéger, vous et votre famille, contre les aléas de la vie. L'incapacité à servir, l'invalidité et le décès se traduisent trop souvent par des difficultés financières pour la famille. Il est donc recommandé d'anticiper ces difficultés en souscrivant un contrat de prévoyance.

» L'incapacité à servir

En cas d'incapacité à servir du militaire en activité en raison d'une maladie dûment constatée, des indemnités journalières sont versées.

» Le capital décès

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'agent. Le montant du capital varie suivant l'option choisie.

» L'invalidité permanente

En cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle de l'adhérent reconnue par l'assureur, une rente temporaire d'invalidité ou une rente temporaire d'incapacité permanente professionnelle est versée.

» La rémunération de référence

Pour le personnel militaire, le traitement de référence servant de base pour le calcul des cotisations correspond à la rémunération brute totale composée notamment de la solde indiciaire brute (SIB).

Les garanties prévoyance décrites dans la présente brochure sont assurées par MFPrévoyance et gérées dans le cadre de la délégation de gestion de votre Mutuelle.



» Les garanties prévoyance des personnels militaires

Les options prévoyance des militaires en activité

	Option 1
Inaptitude à servir	75% du traitement de référence
Capital - Décès ou IPA (toutes causes)	100% du traitement annuel de référence
Rente - Invalidité permanente ($\geq 60\%$)	/

	Option 1 bis
Inaptitude à servir	75% du traitement de référence
Capital - Décès ou IPA (toutes causes)	100% du traitement annuel de référence
Rente - Invalidité permanente ($\geq 60\%$)	75% du traitement de référence

	Option 2
Inaptitude à servir	80% du traitement de référence
Capital - Décès ou IPA (toutes causes)	125% du traitement annuel de référence
Rente - Invalidité permanente ($\geq 60\%$)	/

	Option 2 bis
Inaptitude à servir	80% du traitement de référence
Capital - Décès ou IPA (toutes causes)	125% du traitement annuel de référence
Rente - Invalidité permanente ($\geq 60\%$)	80% du traitement de référence

En aucun cas, les prestations versées en application du présent contrat ne peuvent en s'ajoutant aux prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme ou au traitement maintenu par l'employeur permettre à l'adhérent de percevoir des sommes supérieures à la rémunération ou traitement net perçu à la date de son arrêt de travail.

» Les cotisations santé

	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
	Cotisations militaires	Cotisations conjoints	Cotisations militaires	Cotisations conjoints	Cotisations militaires	Cotisations conjoints
Moins de 20 ans	18,18 €	16,17 €	25,52 €	22,69 €	38,67 €	34,38 €
20 à 24 ans	18,18 €	16,17 €	25,52 €	22,69 €	38,67 €	34,38 €
25 à 29 ans	19,11 €	16,99 €	26,82 €	23,85 €	40,64 €	36,13 €
30 à 34 ans	20,88 €	17,95 €	29,30 €	25,20 €	44,39 €	38,18 €
35 à 39 ans	22,64 €	19,47 €	31,78 €	27,33 €	48,15 €	41,41 €
40 à 44 ans	27,02 €	23,24 €	37,93 €	32,62 €	57,46 €	49,42 €
45 à 49 ans	32,46 €	27,92 €	45,56 €	39,18 €	69,03 €	59,36 €
50 à 54 ans	37,90 €	32,59 €	53,19 €	45,75 €	80,59 €	69,31 €
55 à 59 ans	43,34 €	37,27 €	60,83 €	52,31 €	92,16 €	79,26 €
60 à 64 ans	48,78 €	41,95 €	68,46 €	58,88 €	103,73 €	89,21 €
65 à 69 ans	52,15 €	46,63 €	73,20 €	65,45 €	110,91 €	99,16 €
Plus de 70 ans	54,46 €	50,96 €	76,44 €	71,53 €	115,81 €	108,37 €

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Enfant (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	14,50 €	20,35 €	26,29 €

» Les cotisations prévoyance

Militaires	Option 1	Option 1 bis	Option 2	Option 2 bis
25 ans ou moins	0,21%	0,69%	0,25%	0,82%
Plus de 25 ans	0,34%	0,82%	0,43%	1,00%

» Des garanties d'assistance santé

Un vrai soutien, inclus dans votre garantie santé, pour vous aider à faire face au quotidien et aux aléas de la vie.

Deux niveaux d'intervention selon vos préoccupations :

» Des services et des prestations d'assistance

En cas d'hospitalisation dès l'ambulatorio, pour toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours, ou en cas de maternité.

- ▶ Aide à domicile (ménage, courses, repas...);
- ▶ Prestations de bien-être ou de confort (portage de repas, séance de coiffure ou de pédicure à domicile, coaching santé ou nutrition...);
- ▶ Garde à domicile des enfants ou personnes dépendantes;
- ▶ Garde d'animaux domestiques;
- ▶ Soutien scolaire pour un enfant immobilisé plus de 15 jours...

En cas de déplacement à l'étranger de moins de 31 jours à titre privé ou professionnel*...

- ▶ Avance et prise en charge des frais médicaux;
- ▶ Présence d'un proche en cas d'hospitalisation;
- ▶ Rapatriement sanitaire...

** Pour les militaires en Opérations Extérieures (OPEX), la durée du déplacement est élargie à la durée de la mission (dans la limite de 365 jours maximum). Le militaire est alors couvert en dehors de ses temps d'intervention et bénéficie de la même couverture.*

Ce document est un résumé d'information non contractuel de vos garanties.

La notice d'information complète de la convention d'assistance vous sera adressée sur simple demande.



» Un service d'information et de conseil

Pour toutes vos questions d'ordre médical, social, juridique...

Vous vous interrogez sur votre santé, une situation de handicap, le choix d'un hébergement... Vous avez des démarches difficiles à effectuer...

Sur simple appel téléphonique, nous vous conseillons, accompagnons dans vos démarches ou mettons en place l'aide dont vous avez besoin.

Accompagnement spécifique

En cas de situation de handicap, de situation d'aidant, en cas de traitement anticancéreux ou lors d'un décès, un accompagnement spécifique vous est proposé...

L'assistance pourra mettre en place avec le bénéficiaire - en complément de cet accompagnement - la ou les prestations d'assistance adaptées à la situation évoquée.

La Protection juridique santé incluse également dans votre garantie santé

Un numéro dédié pour défendre vos droits en cas de litige faisant suite à un accident médical, à une situation de handicap ou de dépendance.



Le remboursement d'actes de prévention

Selon les contrats santé, votre Mutuelle prend en charge tout ou partie de certains actes de prévention tels que l'aide au sevrage nicotinique ou certains vaccins non pris en charge par les régimes obligatoires.

» La prévention

Votre Mutuelle vous accompagne tout au long de votre vie et vous propose de l'information santé et des rendez-vous de prévention pour agir sur votre santé et celle de vos proches.

Des rendez-vous de prévention santé à proximité

Ateliers interactifs, conférences, groupes de parole et d'échanges... Des rendez-vous de prévention santé sont organisés tout au long de l'année, dans toute la France. Ils vous permettent de bénéficier d'informations et de conseils pour développer ou préserver votre capital santé.

Conçues et animées par des professionnels en prévention et promotion de la santé, ces manifestations abordent sur un mode ludique et pédagogique une multitude de sujets de santé publique : alimentation, addictions, sensibilisation aux maladies cardio-vasculaires, prévention du cancer, initiation aux premiers secours, etc.

Retrouvez les dates et lieux des différentes manifestations dans notre agenda, accessible sur le site internet de la Mutuelle.

De l'information santé à disposition

Parce que devenir parent n'est pas un jeu d'enfant, un portail (lasantedevotreenfant.fr) est à votre disposition pour vous informer sur le développement de l'enfant de la naissance à 6 ans.

Le site Essentiel Santé Magazine vient enrichir le magazine santé de votre Mutuelle : chats, information santé, prévention...



» Les services PLUS

» Réseau Kalixia



Pour permettre à chacun de bénéficier de soins optiques et d'audioprothèses souvent coûteux, votre Mutuelle vous offre des services et des avantages

exclusifs, via son réseau Kalixia. Quel que soit votre équipement en optique ou en audioprothèse, les partenaires Kalixia vous proposent un service de qualité au meilleur prix.

- Vos avantages auprès de **6 500 centres d'optique** :
 - Jusqu'à 40% de réduction sur le prix des verres ;
 - 20% de réduction minimum sur le prix des montures (hormis certaines montures griffées) ;
 - Jusqu'à 30% de réduction sur le prix des lentilles ;
 - Un très large choix de lunettes, parmi les plus grandes marques du marché.

De plus, votre Mutuelle renforce la prise en charge de vos équipements : vos verres sont mieux remboursés, selon votre niveau de garantie.

- Vos avantages auprès de plus de **4 000 centres audio** :
 - Au moins 15% de réduction pour votre appareillage complet, prêt à l'emploi, quel que soit l'équipement choisi ;
 - Une «garantie panne» étendue à 4 ans au lieu de 2 ans ;
 - Un accompagnement personnalisé pendant toute la durée de vie de votre équipement.

» Atout jeunes

Pour les jeunes adhérents de moins de 35 ans, une aide à la première installation est proposée sous forme de prêt BFM (Banque Française Mutualiste). Les intérêts du prêt sont pris en charge par votre Mutuelle sous certaines conditions.

» Caution locative

Ce service permet à l'adhérent qui envisage de devenir locataire de fournir une caution à son bailleur.

Cette caution, dont le coût est pris en charge par votre Mutuelle, garantit sur une durée de trois ans le paiement des loyers, dans la limite de dix-huit loyers impayés. Elle est conditionnée à des critères de ratios ressources/montant du loyer.

» Cautionnement des prêts immobiliers

Les adhérents peuvent bénéficier du cautionnement de prêts immobiliers auprès de certains établissements de crédits* (liste évolutive).

» Assurances de prêts immobiliers à taux préférentiel

L'assurance garantit le montant du prêt contre les risques décès et incapacité de travail à un taux préférentiel chez notre partenaire*.

** selon les conditions du contrat*

» Essentiel Santé Magazine

L'information santé de votre Mutuelle, dédiée à tous les adhérents. Magazine adressé directement à votre domicile ou consultable en ligne. 4 exemplaires par an.

» Téléconsultation



Impossible de joindre son médecin traitant ou un spécialiste ?

Avec la téléconsultation MesDocteurs, consultez un médecin, en direct 24h/24 et 7j/7.

Où que vous soyez (même depuis l'étranger), quand vous voulez (même la nuit), vous pouvez dialoguer par visio (avec ou sans caméra) ou chat avec un médecin via votre smartphone, tablette ou ordinateur.

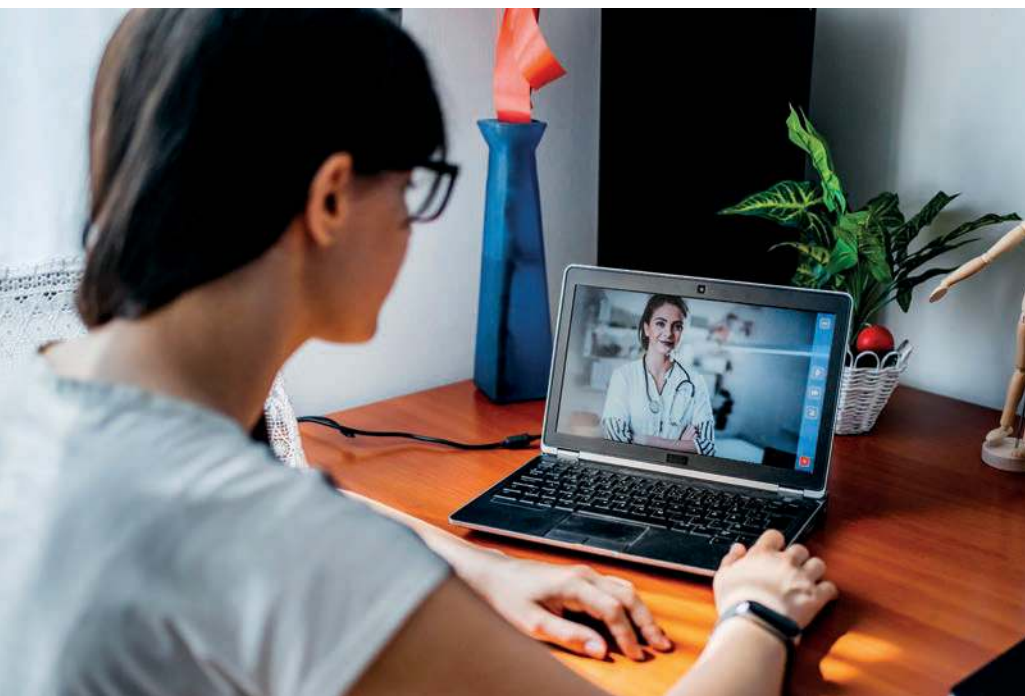
Le service de téléconsultation MesDocteurs n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence, contacter le 15 ou le 112.

» Programme

« Avantages Harmonie »

Bénéficiez de tarifs privilégiés auprès d'un réseau de plus de 4200 partenaires dans le domaine du sport, du bien-être, des loisirs, des voyages et des séjours.

Accédez au site en vous connectant à **avantages-harmonie.fr**





Votre espace adhérents

Effectuez 7j/7, 24h/24, toutes vos démarches grâce à votre compte personnel.

Pensez à créer votre espace personnel sur le site ([harmonie-fonction-publique.fr](https://www.harmonie-fonction-publique.fr)), pour bénéficier de nombreuses fonctionnalités, notamment :

- Détail de votre garantie et des prestations.
- Accès et modification de vos informations personnelles.
- Consultation de vos remboursements (alerte par e-mail d'un nouveau remboursement) et tableau des 3 derniers relevés de prestations.
- Recherche d'un professionnel de santé conventionné.
- Envoi d'un message à votre centre de gestion.
- Dépôt de factures Mutuelle.
- Téléchargement de votre appel de cotisation.
- Demande de réédition de votre carte de tiers payant mutualiste.



Une appli pour gérer votre complémentaire santé

» Garantie santé à l'international

Soins – Hospitalisation – Assistance rapatriement

Qui peut adhérer ?

Peuvent adhérer les militaires en activité et leur famille affectés ou résidents à l'étranger.

Les Adhérents ainsi que leurs ayants droit doivent être préalablement affiliés à l'une des caisses suivantes :

- CNMSS : Caisse Nationale Militaire de Sécurité sociale ;
- CAFAT : Caisse de compensation des prestations familiales des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie ;
- CFE : Caisse des Français de l'étranger ;
- CPS : Caisse de prévoyance sociale ;
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.



Les personnes considérées comme ayants-droit sont :

- Le Conjoint, ou le Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, ou le Concubin déclaré par l'Adhérent ;
- Les enfants à charge du militaire s'ils ont moins de 18 ans (ou moins de 28 ans s'ils poursuivent leurs études, s'ils sont sous contrat d'apprentissage) qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, recueillis ou bien pupilles de la nation dont le militaire, son conjoint, son concubin ou son partenaire PACS est tuteur ;
- Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent pas se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé (AAH).



Les modalités d'adhésion

Liste des documents à compléter et à nous transmettre soit dans une agence, soit par courrier (Harmonie Mutuelle – Garantie santé à l'international – Direction développement – 5, rue Yves Collet – 29200 Brest) :

- Le bulletin d'adhésion à la garantie santé à l'international ;
- L'attestation d'affiliation CNMSS, CAFAT, CFE, CPS ou CPAM ;
- Un relevé d'identité bancaire ;
- Pour le prélèvement des cotisations sur compte bancaire, le mandat de prélèvement SEPA ;
- Les justificatifs de la situation des ayants droit si nécessaire ;
- Une copie recto/verso d'un document d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité ou passeport).

	Remboursements des actes de santé effectués à l'étranger
Prestations	Y compris le remboursement d'un régime de base : CNMSS, CAFAT, CFE, CPS OU CPAM
Limite annuelle de 1 500 000 € / bénéficiaire	
MÉDECINE COURANTE	
Généralistes	100% des frais réels dans la limite de 100 € / acte
Spécialistes	
Actes Techniques	
Radiologie	100% des frais réels
Sages Femmes	
Analyses	
Auxiliaires médicaux	100% des frais réels dans la limite de 40 € / séance (avec un max de 10 séances / an / bénéficiaire)
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Etiopathie	
HOSPITALISATION (établissements conventionnés)	
Frais de séjour	100% des frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux	
Chambre particulière	100% des frais réels dans la limite de 100 € / jour avec un max 30 jours / an / bénéficiaire
Lit accompagnant (enfants de -16 ans ou handicapés)	100% des frais réels dans la limite de 100 € / jour avec un max 30 jours / an / bénéficiaire
Frais de transport	100% des frais réels
Frais d'accouchement	100% des frais réels dans la limite de 8 000 € / accouchement
PHARMACIE	
Médicament à service médical important	100% des frais réels
Médicament à service médical modéré	
Médicament à service médical faible	
Vaccin prescrit	
Contraception prescrite	
Sevrage tabagique	
OPTIQUE - Plafond annuel de 3 000 € par an/bénéficiaire pour les prestations qui suivent	
Monture + verres	100% des frais réels dans la limite de 600 € tous les 2 ans
Lentilles	100% des frais réels dans la limite de 150 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive de l'œil	100% des frais réels dans la limite de 500 € / œil
DENTAIRE	
Soins dentaires	100% des frais réels
Prothèses dentaires	100% des frais réels dans la limite de 450 € / prothèse
Implantologie	100% des frais réels dans la limite de 450 € / implant
Orthodontie	100% des frais réels dans la limite de 500 € / semestre
PROTHÈSE NON DENTAIRE	
Prothèse auditive	100% des frais réels dans la limite de 600 € / prothèse
Autres prothèses	
CURE THERMALE	
Frais d'établissement, d'hébergement et de transport	100% des frais réels dans la limite de 500 € par an et / bénéficiaire
Honoraires	



La gestion des frais médicaux par Medical Administrators International (MAI)

Votre gestionnaire des garanties santé à l'international est Medical Administrators International (MAI). Gestionnaire spécialisé de renom, soucieux d'un service de qualité, MAI prend les engagements suivants :

- Remboursements santé en 7 jours ouvrés maximum en multidevises ;
- Absence d'avance de frais notamment pour l'hospitalisation programmée sous réserve d'entente préalable et dans la limite des droits à prestation ;
- Envoi des E-notifications à l'adhérent ;
- Traitement des dossiers papier ou des dossiers informatisés de type e-claiming*.

** Par exception, les copies scannées envoyées par email sont autorisées pour toute facture dont le montant est inférieur à 500 euros par demande de remboursement. Il peut être demandé, si nécessaire, toute autre pièce nécessaire à l'application de la garantie. Dans ce cas, l'Adhérent doit conserver les originaux pendant une durée de vingt-quatre (24) mois à compter de la date de traitement, pouvant être réclamés pendant cette période et en l'absence desquels le remboursement effectué pourrait être remis en cause.*



Les garanties assistance / rapatriement**

	Montant et limites garanties	Franchises ou seuils d'intervention
ASSISTANCE AUX PERSONNES		
Assistance Rapatriement : - Organisation du retour ou du transport vers un établissement hospitalier	Frais réels*	Néant
- Remboursement des frais d'hébergement et de ceux exposés par les membres de la famille assurés ou d'une personne assurée accompagnant le bénéficiaire	Dans la limite, par jour et par personne assurée, de 60 € avec un maximum de 10 jours	
- Frais supplémentaires de transport des personnes assurées pour reprendre le voyage ou retour dans le pays d'origine ou le pays d'affectation	Frais réels	
Hospitalisation sur place : - Organisation de la venue d'un membre de la famille pour se rendre au chevet du bénéficiaire - Trajet aller/retour	Frais réels	Néant
Soutien psychologique : - En cas de traumatisme important à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti	Dans la limite de deux entretiens téléphoniques par personne assurée et par sinistre	Néant
Assistance retour anticipé : - Organisation du transport	Frais réels	Néant
Assistance " Imprévu " : - Communication avec la famille ou l'entreprise du bénéficiaire	Frais réels	Néant
Assistance en cas de décès d'une personne assurée : - Transport du corps - Organisation du transport des membres assurés de la famille du défunt ou d'une personne assurée	Frais réels	Néant



Les offres PLUS

En cas de décès de l'Adhérent principal, les garanties Santé sont maintenues gratuitement aux autres bénéficiaires pendant la durée d'un mois.

En complément des garanties santé à l'international, nous vous proposons des garanties d'assistance rapatriement.



Cotisations mensuelles de la garantie santé à l'international

Vous sélectionnez votre zone de couverture selon votre pays d'affectation.

À chaque pays d'affectation correspond une zone géographique et une cotisation spécifique.

Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Nouvelle Calédonie Polynésie Française	Monde entier hors pays de la zone 1, 3 et 4	Japon Royaume-Uni Singapour Australie Brésil Suisse	USA Canada Chine

	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Enfant - de 20 ans	23,41 €	24,64 €	39,66 €	53,53 €
20 à 24 ans	39,09 €	41,15 €	66,21 €	89,39 €
25 à 29 ans	43,24 €	45,52 €	73,25 €	98,89 €
30 à 34 ans	47,84 €	50,36 €	81,04 €	109,40 €
35 à 39 ans	52,92 €	55,71 €	89,65 €	121,03 €
40 à 44 ans	58,53 €	61,61 €	99,14 €	133,84 €
45 à 49 ans	65,80 €	69,27 €	117,04 €	158,00 €
50 à 54 ans	69,37 €	73,02 €	123,87 €	167,23 €
55 à 59 ans	74,03 €	77,92 €	131,41 €	177,40 €
60 à 64 ans	82,27 €	86,60 €	146,77 €	198,14 €
65 à 69 ans	88,00 €	92,64 €	156,14 €	210,79 €
Plus de 70 ans	129,34 €	136,15 €	247,84 €	334,59 €

**La garantie d'assistance-rapatriement est assurée par LLT Consulting (VYV International Assistance), société par actions simplifiée au capital social de 100 000 euros, ayant son siège social au 3 promenoir de la corvette - 17 000 La Rochelle, France, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de La Rochelle 828 002 188, enregistré au registre unique des intermédiaires en assurance, banque et finance, dans la catégorie Courtier d'assurance ou de réassurance (COA), sous le numéro 17004577.



Comment adhérer ?

A l'offre référencée :

Compléter le dossier d'adhésion de l'offre référencée tel que précisé en page 3 du présent document.

A la garantie santé à l'international :

Compléter le dossier d'adhésion de la garantie santé à l'international tel que précisé en page 18 du présent document.

NB : Nous vous invitons à demander votre démission auprès de votre complémentaire santé actuelle, par lettre recommandée avant le 31 octobre.

Modalités pratiques

► PRÉLÈVEMENT SUR COMPTE BANCAIRE :

les cotisations santé et prévoyance des agents et de leurs ayants droit sont prélevées mensuellement sur compte bancaire.

N'oubliez pas...

Vos proches peuvent également adhérer à notre Mutuelle !

N'hésitez pas à nous contacter pour connaître nos offres.

► Pour changer de mutuelle :

Au-delà du 31 octobre, conformément aux Articles 3.1 de la loi Châtel du 28 janvier 2005 et L.221-10-1 du code de la Mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'adhérent est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la Poste ou certifiée par horodatage qualifié.

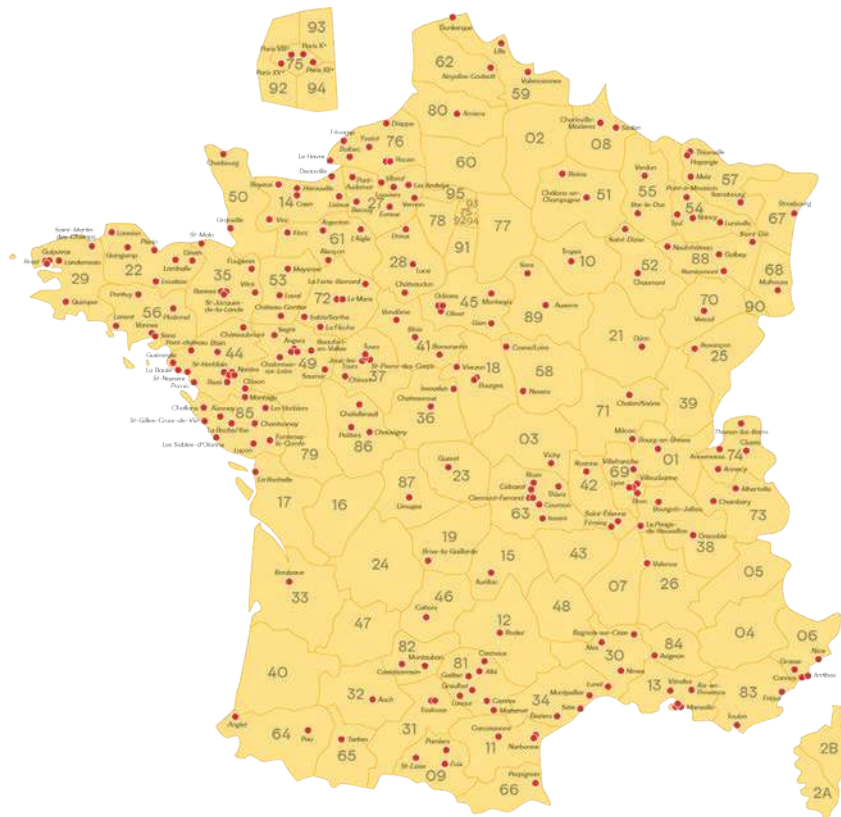
Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, l'adhérent peut, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la Poste ou de la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique.

► Pour adhérer ou pour obtenir des renseignements :

Vous pouvez vous rendre dans l'une des 300 agences réparties sur toute la France ou contacter le :

0 800 00 71 01

(service et appel gratuits, du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h30 sans interruption)



► Comment trouver une agence :

Rendez-vous sur le site [harmonie-mutuelle.fr](https://www.harmonie-mutuelle.fr)*

ou [harmonie-fonction-publique.fr](https://www.harmonie-fonction-publique.fr)

**cliquez sur l'icône 'Agence' située en haut de la page d'accueil. Renseignez simplement votre code postal pour découvrir les agences les plus proches de chez vous.*

» Vous n'êtes pas adhérent :

Pour obtenir un rendez-vous téléphonique personnalisé (précisez dans l'objet du mail « Demande de rendez-vous ») :

contact@harmonie-fp.fr



Du Lundi au vendredi, de 9h00 à 17h30

» Vous êtes adhérent à l'offre référencée :

Harmonie Mutuelle

Centre de gestion Harmonie Fonction Publique

Rue Berrier Fontaine - BP 1410

83056 Toulon cedex

Tél. 09 70 82 41 16 (adhérents métropole)

Tél. 05 57 99 00 77 (adhérents DOM TOM)

Votre espace personnel :

espaceadherent.harmonie-fp.fr

» Vous êtes adhérent de la garantie santé à l'international :

Medical Administrators International

39, rue Anatole France

92300 Levallois-Perret - France

Tél. +33 184 790 880

E-mail : **contact@medical-administrators.com**



Brest

91, rue de Siam
29200 Brest

Cherbourg

41, rue du Maréchal-Foch
50100 Cherbourg Octeville

Clermont-Ferrand

161, avenue du Brezet - CS 70501
63028 Clermont-Ferrand cedex 2

Floirac

17, avenue des Mondaults - Bât. B3
33270 Floirac

Lorient

4-6, rue Victor-Massé
56100 Lorient

Rochefort

Avenue de Rochambeau
17300 Rochefort

Ruelle

164, rue Madame Curie
16600 Ruelle

Saint-Herblain

6, rue de Saint-Servan
44800 Saint-Herblain

Toulon

Rue Berrier Fontaine - BP 1410
83056 Toulon cedex

Toulouse

9, rue de Metz
31000 Toulouse

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Siren sous le numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500JLUSZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

MPPrévoyance : Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège social : 4, place Raoul Dautry - CS 19431 - 75741 Paris cedex 15.

Ressources Mutuelles Assistance : Union d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIREN sous le N° Siren 444 269 682, dont le siège est : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex.

CFDP Assurances : Entreprise d'assurances régie par le code des Assurances - Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social : 62, rue Bannel - 69003 Lyon, immatriculée au RCS de Lyon sous le N° 958 506 156.

KALIXIA, Société par Actions Simplifiée au capital social de 5 877 200 €. Siège social 122 rue de Javel - 75015 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 509 626 552.