



**GROUPE
SAVENCIA**
Saveurs & Spécialités

SAVENCIA

Notice d'information

Garanties de frais de santé

Contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire

Ensemble du Personnel

Effet au 01/01/2023



**Harmonie
mutuelle**
GROUPE **vyv**

Sommaire

Chapitre 1 • Dispositions générales	3
Article 1 • Objet de la présente notice	3
Article 2 • Risques couverts	3
Article 3 • L'adhésion individuelle à la mutuelle	3
3.1 Catégorie éligible	3
3.2 Bénéficiaires des garanties	3
3.3 Prise d'effet de l'adhésion	4
3.4 Durée de l'adhésion	4
Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion	4
4.1 Nouveaux bénéficiaires	5
4.2 Autres modifications	5
Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, nullité	5
5.1 A l'initiative de l'adhérent	5
5.2 A l'initiative de la mutuelle	6
5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation	7
Article 6 • Maintien de couverture	7
Chapitre 2 • Garanties frais de santé	8
Article 7 • Cadre général	9
7.1 Contrats solidaires et responsables	9
7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties	9
7.3 Nature de l'indemnisation	9
7.4 Base de remboursement	10
7.5 Pluralité de garanties de frais de santé	10
7.6 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés	10
7.7 Non prise en charge de certaines prestations	10
Article 8 • Versement des prestations	10
8.1 Règlement des prestations	10
8.2 Contrôle	12
Chapitre 3 • Cotisations	12
Article 9 • Détermination de la cotisation	12
Article 10 • Paiement de la cotisation	12
10.1 Règlement de la cotisation	12
10.2 Non-paiement de la cotisation	12
Chapitre 4 • Dispositions diverses	13
Article 11 • Couverture des accidents	13
11.1 Recours subrogatoire	13
11.2 Déclaration d'accident	13
11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires	13
11.4 Tiers payant en cas d'accident	13
Article 12 • Prescription	13
Article 13 • Échanges de données informatisées	14
Article 14 • Autorité de contrôle	14
Article 15 • Réclamations et médiation	14
Article 16 • Protection des données à caractère personnel	14
Article 17 • Lutte contre le Blanchiment de Capitaux et Financement du Terrorisme, Gel des Avoirs et de Prévention de la Corruption	15
Annexe CONDITIONS GENERALES – NOTICE D'INFORMATION	16

Chapitre 1 • Dispositions générales

Préambule

Vous bénéficiez d'une couverture Frais de santé au titre du Contrat souscrit par SAVENCIA HOLDING au nom et pour le compte des sociétés du GROUPE SAVENCIA relevant de la Convention Collective Nationale du Transport. Cette couverture complémentaire des dépenses de santé a pour objet de vous permettre, ainsi qu'à vos ayants droit, de bénéficier de garanties frais de santé complémentaires aux prestations en nature versées par la sécurité sociale. Ainsi, dans cette notice, le terme souscripteur désigne aussi la société qui vous emploie.

Article 1 • Objet de la présente notice

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

Article 2 • Risques couverts

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Article 3 • L'adhésion individuelle à la mutuelle

3.1 Catégorie éligible

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles du souscripteur visés à la présente notice.

Par Ensemble du personnel, il faut entendre les salariés du souscripteur ne bénéficiant pas d'un cas de dispense.

L'adhésion donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de la mutuelle.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle.

3.2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion et couvertes par un régime d'Assurance maladie obligatoire français à savoir :

- Le salarié (adhérent),
- **Les Ayants droit des salariés du Groupe SAVENCIA :**
Dans le cas où le salarié relève de la catégorie famille, les garanties s'appliquent à l'ensemble de ses ayants droit, répondant aux caractéristiques suivantes :
 - Le conjoint, concubin ou la personne liée par un PACS (Pacte Civil de Solidarité),
 - Les enfants du salarié ou de son conjoint (marié, concubin ou pacsé) dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, dès lors qu'ils sont âgés de moins de 18 ans ou :
 - A compter de la date de leur 18ème anniversaire et jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 26ème anniversaire à condition :
 - Qu'ils poursuivent leurs études et peuvent le justifier par un certificat de scolarité,
 - Qu'ils effectuent leur engagement de service civique et peuvent le justifier par la carte du volontaire établie par l'Agence du service civique,
 - Qu'ils suivent une formation en alternance ou en apprentissage (contrat d'alternance, contrat de professionnalisation, ...),
 - Qu'ils soient inscrits à Pôle Emploi s'ils ont terminé leurs études et à la recherche d'un premier emploi dans la limite de 12 mois,

○ Sans limite d'âge, pour les enfants handicapés, au sens des dispositions législatives ou réglementaires applicables aux personnes handicapées, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail rémunéré.

Pour l'inscription des bénéficiaires, les pièces à fournir sont :

Pour l'adhérent :

- Une photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) ou MSA,
- Une copie du livret de famille, s'il y a des enfants qui ne sont plus à charge Sécurité sociale,
- Un relevé d'identité bancaire du compte pour recevoir les remboursements.

Pour le conjoint :

- Une photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale)
- Un relevé d'identité bancaire si le compte bancaire est différent de celui de l'adhérent.

Pour le concubin :

- Un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition,
- Une photocopie de l'attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale)
- Un relevé d'identité bancaire si le compte bancaire est différent de celui de l'adhérent.

Pour le partenaire de PACS :

- Le Pacte civil de solidarité ou attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance,
- Une photocopie de l'attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale),
- Un relevé d'identité bancaire si le compte bancaire est différent de celui de l'adhérent.

Pour l'enfant de moins de 26 ans, étudiant :

- Un certificat de scolarité ou copie carte d'étudiant ,

Pour l'enfant de moins de 26 ans, en service civique :

- La carte du volontaire établie par l'Agence du service civique ,

Pour l'enfant de moins de 26 ans, en contrat d'apprentissage ou formation en alternance :

- Un contrat d'apprentissage ou de formation en alternance ,

Pour l'enfant de moins de 26 ans ayant terminé ses études et en recherche d'un premier emploi, dans la limite de 12 mois :

- Un certificat de scolarité de la dernière année d'études,
- Une attestation d'inscription au régime d'assurance chômage,

Pour l'enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation S.S.) :

- Une notification d'invalidité ou décision de la CDAPH,

La garantie des ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'adhérent.

3.3 Prise d'effet de l'adhésion

A la souscription du contrat

Pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur et entrant dans la catégorie éligible visée à la présente notice à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à cette même date.

En cours de contrat

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à la date d'embauche ou à la date d'entrée dans la catégorie éligible visée à la présente notice.

3.4 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'à la survenance de l'un des événements de l'article Résiliation à titre exceptionnel.

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer au souscripteur, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

4.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption.	Au 1 ^{er} jour du mois de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité.	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires.	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

4.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de leur demande par la mutuelle.

Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, nullité

5.1 A l'initiative de l'adhérent

Résiliations légalement prévues

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire pour une garantie optionnelle ou dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

L'adhérent peut mettre fin à la garantie annuellement avant le 31 octobre de l'année civile.

A l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, l'adhérent dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.

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

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

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

Radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

La demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et la mutuelle	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif.
Rupture du contrat de travail	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Passage dans une catégorie non visée par la présente notice	
Rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur	
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.

Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de la radiation	Date d'effet de la radiation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de radiation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Attribution de la CSS à l'ayant droit	
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire	
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

5.2 A l'initiative de la mutuelle

En cas de non-paiement

La mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article Non paiement de la cotisation.

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation ou de la radiation ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation ou de radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à ne plus utiliser sa ou ses cartes mutualistes et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article 6 • Maintien de couverture

Maintien loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci-après demander le maintien auprès de la mutuelle de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 24 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 24 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits définie ci-après ;

Les demandes d'adhésion s'effectuant dans les 6 mois suivant la date de rupture de contrat de travail peuvent être prises en compte rétroactivement à la date de la rupture du contrat de travail. Les demandes d'adhésion s'effectuant après les 6 mois suivant la date de rupture de contrat de travail seront prises en compte au 1^{er} jour du mois suivant la demande.

- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, déjà inscrites au régime au moment de l'événement, bénéficient d'un maintien des garanties **à titre gracieux** pendant une durée de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

A l'issue de ladite période de maintien, ces personnes ont la possibilité de poursuivre le bénéfice du régime **en contrepartie du paiement de la cotisation correspondante**.

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

Personnel en suspension de contrat de travail

➤ **Les adhérents en cas de suspension de contrat de travail indemnisée** (maintien total ou partiel de la rémunération, versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, d'un revenu de remplacement versé par l'employeur notamment activité partielle ou période de congé de reclassement), qui ont fait l'objet d'une suspension de leur adhésion au contrat bénéficient du maintien des garanties pendant le temps de suspension de leur contrat de travail.

Le souscripteur règle les cotisations mensuellement à terme échu au vu d'un appel établi par la mutuelle qui comporte, le cas échéant, une régularisation de soldes.

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle au souscripteur d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, la mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure au souscripteur, chaque adhérent pouvant se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La procédure en cas de non-paiement de la cotisation incombera à la seule société en défaut de paiement.

➤ **Les adhérents en cas de suspension de contrat de travail non indemnisée (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé sans solde convenu avec l'employeur, congé de soutien familial ou bien tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension de contrat de travail non indemnisée ou pour périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité)** qui ont fait l'objet d'une suspension de leur adhésion au contrat peuvent bénéficier d'un maintien facultatif des garanties pendant le temps de suspension de leur contrat de travail.

L'adhérent règle les cotisations par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal au vu d'un appel établi par la mutuelle

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Portabilité des droits des anciens salariés adhérents au contrat

Les dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale (Loi n°2013-504 du 14 juin 2013) imposent au Souscripteur de proposer un maintien des garanties du Contrat aux salariés relevant de la catégorie éligible dont le contrat de travail a été rompu. A compter de cette rupture, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et ce dans une limite maximale de 12 mois.

Afin de permettre le respect des dispositions légales susmentionnées, les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au Contrat durant le temps de leur droit à portabilité. La garantie pour les anciens salariés bénéficiaires est maintenue dans le cadre d'un système de mutualisation avec les cotisations des salariés adhérents au Contrat sous réserve qu'il justifie de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage. Le système de mutualisation conduit à n'appeler aucune cotisation auprès des anciens salariés bénéficiaires durant leur période de maintien. A l'expiration de la période convenue de portabilité, la Mutuelle procédera à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de cessation du droit.

En cas de perte anticipée du droit à portabilité, la Mutuelle procédera, sur demande, à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

Les ayants droit bénéficiaires des garanties lors de la rupture du contrat de travail se voient appliquer eux aussi de ce maintien de garanties.

Dans les vingt-quatre mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits, l'ancien salarié peut demander le maintien auprès de la mutuelle de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989.

Les demandes d'adhésion s'effectuant dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits peuvent être prises en compte rétroactivement à la date de l'expiration de son droit à la portabilité. Les demandes d'adhésion s'effectuant après les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits seront prises en compte au 1^{er} jour du mois suivant la demande.

Chapitre 2 • Garanties frais de santé

Article 7 • Cadre général

7.1 Contrats solidaires et responsables

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

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

7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

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

A la souscription

Le choix de la garantie optionnelle (régime groupe amélioré) par les salariés de la catégorie éligible doit intervenir à la date de prise d'effet du contrat.

En cours de contrat

Le choix d'un autre niveau de garantie peut être effectué en cours d'année, à savoir soit adhérer au Régime Groupe Amélioré si l'affiliation était faite uniquement au Régime Groupe, soit revenir au Régime Groupe si l'adhésion était faite au Régime Groupe Amélioré, en cas de changement de situation de famille ou de situation administrative, lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un Pacte civil de Solidarité (PACS), concubinage ou fin de concubinage,
- naissance ou adoption d'un enfant, reconnaissance de paternité,
- changement de situation professionnelle du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin entraînant l'adhésion ou la perte de la qualité d'adhérent à un régime Santé collectif obligatoire,
- changement de situation d'un enfant ne satisfaisant plus à la définition d'ayant droit au sens du Contrat,
- Mutation.

La demande doit être adressée à la mutuelle au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'événement, accompagnée des justificatifs nécessaires.

L'adhésion ou la radiation du Régime Groupe Amélioré pourra alors prendre effet dès le 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

Sous réserve des dispositions de l'article *Résiliation de la garantie*, l'adhésion au régime groupe amélioré peut être résiliée par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve d'une durée d'adhésion de trois ans à ce régime.

La résiliation vaut tant pour vous-même que pour vos ayants droit.

En dehors de ces cas, l'adhésion au Régime Groupe Amélioré peut s'effectuer sous réserve d'en avoir formulé la demande auprès de la mutuelle au plus tard dans un délai de deux mois avant l'échéance annuelle, soit avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date de soins tels que figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la résiliation peuvent donner lieu à prise en charge au titre du Contrat.

7.3 Nature de l'indemnisation

Les prestations auxquelles les garanties santé vous donnent droit sont des prestations en espèces et indemnitaires, ainsi les remboursements ou indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

7.4 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au descriptif des garanties, le remboursement de la mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

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

7.5 Pluralité de garanties de frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

7.6 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

7.7 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les frais liés aux séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les établissements médico-sociaux, y compris les maisons d'accueil spécialisées, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées, y compris les établissements d'hébergements pour personnes dépendantes (EHPAD) ;

Article 8 • Versement des prestations

8.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le tableau descriptif des garanties sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement définie par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties figurant aux conditions particulières, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties figurant aux conditions particulières.

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

L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées au tableau descriptif des garanties sont :

- les dates de facturation pour les médicaments, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine, et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- la date de facturation correspondant à celle de transmission au régime obligatoire pour les équipements optiques et les lentilles acceptées par le régime obligatoire. Attention, dans le cas d'une procédure de tiers payant, bien qu'un accord de prise en charge puisse être fourni durant la période de garantie, si la date de facturation est postérieure à celle de la prise d'effet de la résiliation de la garantie, ou bien de la radiation, ou de l'exclusion du bénéficiaire, le remboursement sera effectué au professionnel de santé mais la garantie n'étant pas due, le montant sera alors réclamé au bénéficiaire;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, la médecine complémentaire telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie la psychologie,
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation ⁽¹⁾ ou la maternité ⁽²⁾ hors forfait journalier hospitalier ;
- la date de la journée d'hospitalisation pour le forfait journalier hospitalier ;
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue au tableau descriptif des garanties, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption ;
- la date des soins transmise par le régime obligatoire pour les traitements d'orthodontie acceptée par celui-ci, et la date de fin de semestre pour l'orthodontie refusée par le régime obligatoire.

(1) Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :

- En cas d'hospitalisation avec nuitée(s).
- Ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

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

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais engagés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, le bénéficiaire devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la mutuelle et rempli par le médecin traitant.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la mutuelle sans avoir recours aux décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente. Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

Information, délai et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros.

Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire, elles sont versées dans un délai maximum de vingt jours calendaires, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la mutuelle à l'article précédent, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire. Ce délai est ramené à dix jours lorsque, les prestations ont fait l'objet d'échanges informatisés entre la mutuelle et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire, dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes (échanges NOEMIE).

Les remboursements convenus aux présentes garanties peuvent aussi être adressés directement aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces

professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée. frais.

8.2 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM) et aux conditions d'attribution de ses prestations, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande de remboursement ou bénéficie de prestations au titre du contrat collectif.

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

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

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

Chapitre 3 • Cotisations

Article 9 • Détermination de la cotisation

Les montants ou les taux sont précisés dans le contrat collectif qui prévoit en outre le cadre de leur évolution. Les cotisations suivront les évolutions définies dans le cadre de la commission paritaire de suivi.

Concernant les cotisations encadrées par le plafonnement tarifaire progressif échelonné du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 des anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une garantie encadrée par l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31/12/1989 (dite "Loi Evin") établi sur la base des tarifs globaux applicables aux salariés actifs restent volontairement encadrées au-delà de la 2ème année et suivront les évolutions définies par cette même commission.

Article 10 • Paiement de la cotisation

10.1 Règlement de la cotisation

La structure de cotisation retenue au titre du contrat collectif est une structure de cotisation Isolé/Famille.

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations (précompte de la cotisation) et suivant les modalités définies au contrat collectif.

10.2 Non-paiement de la cotisation

En cas de précompte de la cotisation par le souscripteur

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle au souscripteur d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur concerné n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, la mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure au souscripteur, chaque adhérent pouvant se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

Chapitre 4 • Dispositions diverses

Article 11 • Couverture des accidents

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

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

11.1 Recours subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

11.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans un délai de 3 mois, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la mutuelle.

A défaut d'information par l'adhérent, la mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées à cet accident.

11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

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

11.4 Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

Article 12 • Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au contrat collectif se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

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

Article 13 • Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 14 • Autorité de contrôle

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

Article 15 • Réclamations et médiation

Pour toute réclamation liée à l'application de la présente notice, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle. Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur le site internet de la mutuelle ou sur l'espace adhérents ou en envoyant un courrier postal à l'adresse figurant sur sa carte mutualiste.

La mutuelle accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Enfin, l'adhérent peut saisir le médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par la mutuelle, et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la mutuelle, en écrivant au service de médiation indépendant dont les coordonnées sont stipulées en annexe..

Article 16 • Protection des données à caractère personnel

Le souscripteur, en tant que responsable du traitement recueille et transmet les informations relatives à l'adhérent et à ses éventuels ayants droit à la mutuelle pour permettre leur affiliation et les informera que la mutuelle met en œuvre, sous sa responsabilité, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle de la mutuelle.

La mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour (i) le recouvrement et le contentieux (ii) son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (iii) le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (iv) dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres (v) toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre pour des motifs légitimes d'un droit d'effacement, d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition.

L'adhérent a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - dont les coordonnées sont stipulées en annexe. Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) dont les coordonnées sont stipulées en annexe.

Article 17 • Lutte contre le Blanchiment de Capitaux et Financement du Terrorisme, Gel des Avoirs et de Prévention de la Corruption

La mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la mutuelle à solliciter auprès du souscripteur et des adhérents la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la mutuelle est assujettie. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la mutuelle à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la mutuelle.

Annexe

CONDITIONS GENERALES – NOTICE D’INFORMATION

Cette annexe est indissociable des Conditions générales – Notice d’information HM.CG-NI.2020.

Elle remplace l’Annexe précédemment transmise.

Les dispositions définies ci-après prévalent sur celles des conditions générales dont les autres dispositions demeurent inchangées.

ANNEXE COORDONNEES

Interlocuteurs	Adresses
Assistance	Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union technique d’assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682 - Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex - Numéro LEI 969500YZ86NRBOATRB28)
Réclamations	<ul style="list-style-type: none"> • Soit par Internet : https://www.harmonie-mutuelle.fr • Soit sur votre espace Harmonie & moi • Soit par courrier à l’adresse figurant sur votre carte mutualiste
Médiation	<ul style="list-style-type: none"> • Par mail à : http://cnpm-mediation-consommation.eu • ou par courrier à : CNPM MEDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération - 42400 SAINT-CHAMOND
Data Protection officer (DPO)	<ul style="list-style-type: none"> • Par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr • ou par courrier à : Harmonie Mutuelle – Service DPO 29 quai François Mitterrand – 44 273 Nantes Cedex 2
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 www.cnil.fr .
Autorité de contrôle	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Prestations SAVENCIA CCN TRANSPORT en vigueur au 01/01/2023

Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

	Remboursement de l'organisme assureur y compris celui de la Sécurité sociale	
	Régime Groupe	Régime Groupe Amélioré
Soins courants		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites généralistes		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	170 % BR
- Autres praticiens	100 % BR	150 % BR
Consultations, visites spécialistes		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	250 % BR
- Autres praticiens	130 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux et d'échographie		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	150 % BR
- Autres praticiens	130 % BR	130 % BR
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	120 % BR
- Autres praticiens	100 % BR	100 % BR
Actes de sages-femmes	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de laboratoire	120 % BR	120 % BR
Honoraires Paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100 % BR	100 % BR
Médicaments		
Frais pharmacie (y compris vaccins remboursés par la SS)	100 % BR	100 % BR
Matériel médical		
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	250 % BR	250 % BR
Achat véhicule pour personne handicapée physique	500 % BR	500 % BR
Achat prothèses externes liées aux traitements du cancer	10% PMSS/Acte	10% PMSS/Acte
Transport sanitaire		
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR
Aides auditives		
Prothèse auditive remboursable		
- Équipement 100% santé ⁽¹⁾⁽²⁾	100 % Santé	100 % Santé
- Équipement à tarifs libres ⁽²⁾	250 % BR	300 % BR
Piles	250 % BR	300 % BR
<small>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. Prise en charge limitée à 1700€, par oreille et par bénéficiaire, y compris celui de la Sécurité sociale</small>		
Cures thermales		
Frais de cure	100% BR + 8% PMSS	100% BR + 8% PMSS
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Frais de séjour	250 % BR	400 % BR
Participation du patient	100 % FR	100 % FR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	250 % BR	400 % BR
- Autres praticiens	200 % BR	200 % BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽³⁾	1,75% PMSS / jour	2,65% PMSS / jour
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁴⁾	1,75% PMSS / jour	2,65% PMSS / jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	1,5% PMSS / jour	1,5% PMSS / jour

(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (4) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

Prestations SAVENCIA CCN TRANSPORT en vigueur au 01/01/2023

Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Maternité			
Frais de séjour		250 % BR	400 % BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		250 % BR	400 % BR
- Autres praticiens		200 % BR	200 % BR
Chambre particulière ⁽³⁾		1,75% PMSS / jour	2,65% PMSS / jour
⁽³⁾ Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.			
Optique			
Équipement 100% santé ⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾		100 % Santé	100 % Santé
Équipement à tarifs libres ⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾			
- Monture		100 €	100 €
- Verre ⁽⁷⁾			
Verre simple foyer, sphérique			
Sphère de -6 à +6		2,9% PMSS	3 % PMSS
Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8		4,2% PMSS	4,5 % PMSS
Sphère < -8 ou > +8		4,2% PMSS	4,5 % PMSS
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique			
Cylindre < +4 et Sphère de -6 à 0		3,2% PMSS	3,4% PMSS
Cylindre < +4 et Sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6		3,2% PMSS	3,4% PMSS
Cylindre < +4 et Sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6		4,5% PMSS	4,8 % PMSS
Cylindre < +4 et Sphère < -6 ou > +6		5,2% PMSS	5,5 % PMSS
Cylindre > +4 et Sphère de -6 à 0		4,5% PMSS	4,8 % PMSS
Cylindre > +4 et Sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6		3,2% PMSS	3,4% PMSS
Cylindre > +4 et Sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6		4,5% PMSS	4,8 % PMSS
Cylindre > +4 et Sphère < -6 ou > +6		5,2% PMSS	5,5 % PMSS
Verre multi-focal ou progressif sphérique			
Sphère de -4 à +4		5,8% PMSS	6,1 % PMSS
Sphère < -4 ou > +4		6,5% PMSS	6,9 % PMSS
Verre multi-focal ou progressif sphéro-cylindrique			
Sphère de -8 à 0 et Cylindre <= +4		7,1% PMSS	7,5 % PMSS
Sphère > 0 et S <= +8		7,1% PMSS	7,5 % PMSS
Sphère de - 8 à 0 et Cylindre > +4		7,8% PMSS	8,2 % PMSS
Sphère > 0 et S > +8		7,8% PMSS	8,2 % PMSS
Sphère < - 8 et Cylindre >= +0,25		7,8% PMSS	8,2 % PMSS
Adaptation de la correction visuelle		100 % BR	100 % BR
Verres avec filtre		100 % BR	100 % BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)		100 % BR	100 % BR
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale		7% PMSS	7% PMSS
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale		100 % BR + 7% PMSS	100 % BR + 10% PMSS
Lentilles progressives non remboursées par la Sécurité sociale		7% PMSS	10% PMSS
Opérations de chirurgie réfractive cornéenne - Kératotomie		20% PMSS/Œil	20% PMSS/Œil

⁽¹⁾ Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

⁽⁵⁾ Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

⁽⁶⁾ Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

⁽⁷⁾ Verres simples Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. Verres complexes Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. Verres très complexes Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Prestations SAVENCIA CCN TRANSPORT en vigueur au 01/01/2023

Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Dentaire

Soins

Soins dentaires

Prothèses remboursées par l'AMO

Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽⁸⁾

Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽⁸⁾

- Prothèses fixes
- Inlay-Core
- Prothèses transitoires
- Inlay onlay
- Prothèses amovibles

Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres

- Prothèses fixes
- Inlay-Core
- Prothèses transitoires
- Inlay onlay
- Prothèses amovibles

Prothèses non remboursées par l'AMO

Prothèses dentaires non remboursées par la SS (à l'exclusion des prothèses non inscrites à la nomenclature)

Orthodontie

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire / semestre

Orthodontie refusée par le régime obligatoire / semestre

Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale, allongement coronaire et lambeau)

Implants dentaires

⁽⁸⁾ Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

Autres

Ostéopathie, Chiropractie, Étiopathie, Acupuncture et Microkinésithérapie ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Actes de prévention : les 7 actes figurant dans la liste de la Haute Autorité de Santé

Assistance santé

⁽⁹⁾ Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). ⁽¹⁰⁾ Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné. ⁽¹¹⁾ Étiopathie : étiopathes diplômés et admis au registre national des étiopathes.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
 - Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
 - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
 - La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
 - Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants:
- cures médicales en établissements de personnes âgées,
 - ateliers thérapeutiques,
 - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
 - centres de rééducation professionnelle
 - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

«Les remboursements de la mutuelle:

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),
- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle»

Votre régime est assuré par 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.

Remboursement de l'organisme assureur
y compris celui de la Sécurité sociale

Régime Groupe

Régime Groupe Amélioré

100 % BR

100 % BR

100 % Santé

100 % Santé

350 % BR

350 % BR

350 % BR

350 % BR

350 % BR

450 % BR

450 % BR

450 % BR

450 % BR

450 % BR

350 % BR

350 % BR

350 % BR

350 % BR

350 % BR

450 % BR

450 % BR

450 % BR

450 % BR

450 % BR

300% BR reconstituée

400% BR reconstituée

300 % BR

200% BR reconstituée

5% PMSS / an /
bénéficiaire

6,5% PMSS / implant limité
à 3 / an / bénéficiaire

400 % BR

300% BR reconstituée

5% PMSS / an /
bénéficiaire

16% PMSS / implant limité
à 3 / an / bénéficiaire

2% PMSS / séance
limité à 4 séances / an /
bénéficiaire

Oui

Oui

2% PMSS / séance
limité à 4 séances / an /
bénéficiaire

Oui

Oui



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

