



**Harmonie
mutuelle**

GR O U P E **vyv**

AVANÇONS collectif

RÉGIME LOCAL

Offre santé 2025 FGMM-CFDT

SOMILOR - HARMONIE MUTUELLE



Réservée aux adhérents

La FGMM-CFDT a négocié pour vous
une complémentaire santé groupe
SOMILOR-HARMONIE MUTUELLE.

Bénéficiez de tous ses avantages.

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Prise en charge dans la limite de
y compris Régime Obligatoire

SOINS COURANTS

Soins médicaux et paramédicaux

Consultations, visites : généralistes et spécialistes

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Actes de sages-femmes

Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...

Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)

Médicaments à SMR important

Médicaments à SMR modéré

Médicaments à SMR faible

Analyses et examens

Actes techniques médicaux et d'échographie

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Examens de laboratoires

Appareillages et accessoires médicaux

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire

AIDES AUDITIVES

Équipement 100 % Santé ⁽¹⁾⁽²⁾

Équipement à tarif libre ⁽¹⁾⁽²⁾

+ Forfait supplémentaire ⁽¹⁾⁽²⁾

Piles

CURES THERMALES

Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier

HOSPITALISATION

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾⁽⁴⁾

Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾

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.

MATERNITE

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾

OPTIQUE

Équipement 100 % Santé ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

- Monture
- Verres
- Prestations d'appairage et supplément verres avec filtre

Équipement à tarif libre ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

- Monture
- Par verre
 - Simple
 - Complexe
 - Très complexe

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

100 % Santé

100 %

350 €/Appareil

100 %

100 %

120 %

100 %

55 €/Nuit

15 €/Jour

150 %

130 %

55 €/Nuit

100 % Santé

100 % Santé

100 % Santé

90 % + 60 €

90 % + 70 €

90 % + 90 €

90 % + 90 €

OPTIQUE (suite)

Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	100 %
Supplément verres avec filtre	100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	100 % + 153 €/an
Lentilles refusées par le régime obligatoire	153 €/an
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire ⁽⁹⁾	153 €/Oeil/an

DENTAIRE

Soins	100 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹⁰⁾	100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽¹⁰⁾	
– Prothèses fixes	300 %
– Inlay-Core	300 %
– Prothèses transitoires	125 %
– Inlay onlay	100 %
– Prothèses amovibles	300 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres	
– Prothèses fixes	300 %
– Inlay-Core	300 %
– Prothèses transitoires	125 %
– Inlay onlay	100 %
– Prothèses amovibles	300 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	200 %

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), – nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisés par la cellule dentaire de la mutuelle.

MEDECINES COMPLEMENTAIRES

Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie ^{(11)(12) (13)}	30 €/Séance
---	-------------

HARMONIE SANTÉ SERVICES

Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Oui
---	-----

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

- Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
- 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 sur les années antérieures.
- Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
- Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.
- Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
- 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.
- 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).
- Verres simples :
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries.
Verres 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.
Verres 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.
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries.
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie.
Verres 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 0.00 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.
- Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle ou à traiter les maladies des yeux.

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

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(12) Prise en charge limitée à 3 séances par année civile et par bénéficiaire.

(13) 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°FINISS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

– Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

– Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

– Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

– déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L160-13 II du code de la sécurité sociale).

– déduction des franchises médicales (visées à l'article L160-13 III du code de la sécurité sociale).

– La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle du lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement santé (Forfait Patient Urgence).

– Les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (cotés DE par les professionnels de santé) ne sont pas pris en charge.

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

VOTRE COTISATION
mensuelle



RÉSEAU DE PARTENAIRES

optique, audio, dentaire et ostéo :

Vous avez tout à y gagner !



OPTIQUE

- Plus de **6 000** centres d'optique partenaires.
- Jusqu'à 40 % de réduction sur le prix des verres.
- Au moins 20 % de réduction sur le prix des montures (hormis certaines montures griffées).

AUDIO

- Près de **6 100** centres audio partenaires.
- Des tarifs préférentiels pour les aides auditives de classe 2.
- -20 % sur les accessoires de connectivité, quel que soit le panier.

DENTAIRE

- Plus de **7 000** chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires.
- Un meilleur accès aux soins : prothèses, orthodontie, implantologie, parodontologie.
- Une garantie de 10 ans pour les couronnes (selon la charte qualité).

OSTÉOPATHIE

- Plus de **500** ostéopathes partenaires.
- En fonction des régions : plafonds d'honoraires compris entre 50 et 70 €.



Comment bénéficier de ces avantages ?

Sur simple présentation de votre carte mutualiste à un professionnel agréé, reconnaissable au macaron portant le logo Kalixia apposé sur sa vitrine.

Comment choisir votre professionnel agréé ?

En consultant votre espace réservé « mon compte » sur notre site internet www.harmonie-mutuelle.fr

Personne jeune - de 30 ans	29,96 €
Personne seule + de 30 ans	35,69 €
Familiale actifs	92,04 €
Personne retraitée seule	52,79 €
Familiale retraités	105,59 €

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

La Complémentaire santé solidaire est une aide pour payer vos dépenses de santé. Selon vos ressources :

- la Complémentaire santé solidaire ne vous coûte rien
- ou la Complémentaire santé solidaire vous coûte moins de 1 € par jour par personne.

La Complémentaire santé solidaire peut couvrir l'ensemble de votre foyer.

Pour en savoir plus : **0 805 50 00 16**
(appel non surtaxé)

BESOIN D'ASSISTANCE OU D'ÉCOUTE ?

Harmonie Mutuelle vous propose
Harmonie Santé Services

Aide à domicile, garde d'enfants, soutien psychologique, conseil social, frais médicaux à l'étranger dans le cadre d'un séjour privé ou professionnel... votre garantie inclut une assistance 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

En savoir plus :

www.harmonie-mutuelle.fr/assistance

Pour tout renseignement,

contactez-nous au : **N°Cristal 09 69 39 29 13**

APPEL NON SURTAXÉ

NOS CONSEILS POUR MAÎTRISER VOS DÉPENSES DE SANTÉ AU QUOTIDIEN

Permettre à chacun d'agir au quotidien pour préserver sa santé, se soigner et maîtriser son budget, c'est notre rôle chez Harmonie Mutuelle. Et parce qu'on a tous un rôle à jouer pour préserver notre système de santé, opter pour des pratiques de santé responsables, c'est aussi en limiter l'impact sur votre complémentaire santé collective proposée par la FGMM-CFDT.

JE VÉRIFIE LES TARIFS AVANT DE PRENDRE RDV

En effet, les tarifs d'un praticien à un autre sont différents.

- Secteur 1 : tarif fixé par la Sécurité sociale, avec peu ou pas de dépassement d'honoraires.
- Secteur 2 : tarif libre fixé par le praticien (dépassements d'honoraires)

Quand cela est possible le choix d'un professionnel de santé de secteur 1 permet de maîtriser son reste à charge.

Le saviez-vous ?

- Le praticien est adhérent à l'OPTAM : dépassements maîtrisés.
- Le praticien n'est pas adhérent à l'OPTAM : dépassements libres.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée



Consultez la liste des professionnels de santé et leurs honoraires sur le site <http://annuaire.sante.ameli.fr>

J'OPTE POUR DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

Les médicaments génériques sont en moyenne 30% moins chers que les médicaments d'origine.

Le saviez-vous ?

Grâce à l'étendue de notre conventionnement Tiers Payant Harmonie Mutuelle, vous n'avancez aucun frais sur vos médicaments prescrits.

JE VÉRIFIE LA PRISE EN CHARGE

- Les professionnels de santé doivent obligatoirement établir un devis pour tout montant supérieur à 70 €.
- Plus spécifiquement sur vos équipements en optique, audio, dentaire, la réalisation de plusieurs devis détaillés, incluant obligatoirement des prestations et équipements 100 % santé, permet de mieux comprendre la prestation délivrée et le montant du reste à charge.
- Et lors d'une hospitalisation, ne souscrire à des prestations confort (comme la chambre particulière) qu'après avoir reçu une information complète sur son contenu et son prix. La réalisation de ces prestations doit impérativement répondre à une démarche express et volontaire de votre part.



Sur votre espace Harmonie&Moi rubrique « Mes remboursements », vous pouvez demander des estimations de prise en charge.

VOS RÉFLEXES PRÉVENTION POUR PRENDRE SOIN DE VOTRE SANTÉ

En contactant votre caisse d'assurance maladie, vous pouvez bénéficier d'un bilan de santé complet et gratuit tous les 5 ans. Vous n'avez aucune avance de frais à effectuer.

Autres exemples d'examens gratuits :

- Dépistage du cancer du sein entre 50 et 74 ans, tous les 2 ans.
- Dépistage du cancer colorectal entre 50 et 74 ans, tous les 2 ans.

- Examen bucco-dentaire "MT'dents" pour les enfants âgés de 3 ans, 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans ou 18 ans.

Se vacciner, c'est se protéger. La vaccination est un moyen de prévention efficace pour lutter contre de nombreuses maladies infectieuses : grippe, Covid, HPV, bronchiolite, ... Parlez-en à votre médecin !

VOS AVANTAGES SANTÉ

Le tiers payant

Votre mutuelle règle directement le montant des dépenses dans la limite des garanties souscrites et des conventions mises en place. Cela vous évite une avance de frais parfois coûteuse.

Un remboursement rapide

Votre mutuelle vous fait bénéficier des échanges automatiques avec de nombreux régimes d'Assurance Maladie.

Vous n'avez plus de décomptes à envoyer et vous êtes remboursé plus rapidement.

Votre budget préservé

- Des garanties santé de qualité au plus juste prix, une approche médicale en optique et dentaire, la prise en compte des nouvelles techniques médicales...
- Vos cotisations sont prélevées mensuellement sans frais.
- Des tarifs négociés en optique, audio, dentaire et ostéopathie dans notre réseau Kalixia.

L'information santé

Retrouvez toute l'actualité santé dans **Essentiel Santé Magazine**.

NOS SOLUTIONS PRÉVOYANCE ET DÉPENDANCE

Prévoyance*

À partir d'un diagnostic précis, nous vous proposons des solutions complémentaires adaptées à votre régime obligatoire pour vous et votre famille : arrêt de travail, invalidité et décès.

Dépendance*

Dès 35 ans jusqu'à 75 ans, en cas de dépendance, vous percevrez une rente mensuelle de 300 € à 3 000 €.

*Selon le montant de cotisation choisi et après acceptation du dossier médical.

NOTRE SERVICE RELATIONS PARTENAIRES

Nos chargés de relations connaissent parfaitement les besoins et attentes de l'ensemble des négociateurs de l'entreprise. Ils sont compétents et disponibles pour répondre à leurs questions et intervenir au sein des structures ou des entreprises, leur apporter leur soutien de la négociation à la mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire. En lien avec la FGMM, ils peuvent organiser des réunions d'information sur la protection sociale complémentaire, aborder son fonctionnement, ses aspects sociaux, juridiques et techniques. Ils mettent également à leur disposition des articles de prévention santé et des actions de sensibilisation à la prévention sur des thèmes adaptés au secteur d'activité de l'entreprise ou de la structure.

VOS CONTACTS

FGMM : www.fgmm.cfdt.fr ou tél. **01 56 41 50 70**

HARMONIE MUTUELLE : **0 980 980 880** (numéro non surtaxé)

du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 30 et le samedi de 8 h 30 à 12 h.

VOTRE CENTRE DE GESTION :

BP 65140 - 57074 Metz Cedex 3



GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

Harmonie Santé Services est assurée par **Ressources Mutuelles Assistance**, Union d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Numéro LEI 969500YZ86NRBOATR28.
Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

Kalixia, Société par Actions Simplifiée au capital social de 5 877 200 €. Siège social : 122 rue de Javel - 75015 Paris - 509 626 552 RCS Paris.

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, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

