



**Harmonie  
fonction  
publique**

GRUPE **vyv**



# **O**ffre référencée

**ministère des Armées et établissements rattachés**  
Protection sociale complémentaire

Edition 2020

*Personnel civil*

Brochure

## Sommaire

Préambule	p.2
Qui peut adhérer ? Modalités d'adhésion	p.3
Prestations santé	p.4-9
Prestations prévoyance	p.10-11
Cotisations santé et prévoyance	p.12
Assistance santé	p.13
Prévention	p.14
Services	p.15-17
Comment adhérer ?	p.18
Contacts	p.19

*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<sup>er</sup> janvier 2018 et pour 7 ans, tous les personnels civils 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 (incapacité de travail et invalidité) ;
- ▶ Une couverture en cas de décès de l'agent en activité ;
- ▶ Une couverture dépendance facultative complète les garanties lors de la cessation d'activité.

# Qui peut adhérer ?

L'adhésion santé concerne les agents actifs et retraités et leur famille. Les personnes considérées comme ayant droit sont :

- ▶ Le conjoint ou la personne vivant maritalement avec l'agent ou la personne liée par un pacte civil de solidarité avec l'agent ;
- ▶ Les enfants à la charge de l'agent 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 l'agent, 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 fonctionnaires, stagiaires, contractuels et retraités décédés).



## 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 de salaire d'activité ;**
- ▶ 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 ;
- ▶ Une copie recto/verso d'un document d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour).

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

*Tout changement de situation de l'agent 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 Fonction Publique - Centre de gestion  
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)

# L'offre santé des personnels civils 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

<i>En parcours de soins coordonnés</i> <b>Taux de remboursement</b>	<b>Niveau 1</b> y compris le remboursement de la Sécurité sociale	<b>Niveau 2</b> y compris le remboursement de la Sécurité sociale	<b>Niveau 3</b> y compris le remboursement de la Sécurité sociale
<b>HOSPITALISATION</b>			
Frais de séjour établissements conventionnés	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier	100% frais réels (limité au forfait réglementaire en vigueur - max 60 j / an en MAS)	100% frais réels (limité au forfait réglementaire en vigueur - max 60 j / an en MAS)	100% frais réels (limité au forfait réglementaire en vigueur - max 60 j / an en MAS)
<b>Honoraires</b>			
- 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
<b>Chambre particulière</b>			
Avec nuitée	30 € / jour (max 30 jours)	45 € / jour (max 40 jours)	60 € / jour (max 50 jours)
En ambulatoire	15 €	20 €	25 €
Lit accompagnant	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)
<b>TRANSPORT</b>			
Transport remboursé par la CNMSS	100% BR	100% BR	100% BR
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
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
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux non adhérents DPTM	130% BR	155% BR	180% BR

**Niveau 1**  
y compris le remboursement  
de la Sécurité sociale

**Niveau 2**  
y compris le remboursement  
de la Sécurité sociale

**Niveau 3**  
y compris le remboursement  
de la Sécurité sociale

### SOINS COURANTS (SUITE)

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
Sages 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
<b>Médicaments</b>			
Remboursés 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	250 € / an	300 € / an	350 € / an
<b>Matériel médical</b>			
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)
<b>Cures thermales</b>			
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 € / séance (3 max / an)	25 € / séance (4 max / an)	30 € / séance (5 max / an)
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------

### AIDES AUDITIVES

<b>Aides auditives remboursées CNMSS</b>			
Aides auditives	150% BR	300% BR	400% BR
Piles et autres consommables remboursés CNMSS <sup>(1)</sup>	100% BR	200% BR	200% BR

### DENTAIRE

<b>Soins et prothèses 100% Santé<sup>(2)</sup></b>			
Inlay core			
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	Prise en charge à 100% dans la limite des HLF	Prise en charge à 100% dans la limite des HLF	Prise en charge à 100% dans la limite des HLF
<b>Prothèses</b>			
<b>Panier maîtrisé<sup>(3)</sup></b>			
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

	<b>Niveau 1</b> y compris le remboursement de la Sécurité sociale	<b>Niveau 2</b> y compris le remboursement de la Sécurité sociale	<b>Niveau 3</b> y compris le remboursement de la Sécurité sociale
<b>DENTAIRE (SUITE)</b>			
<b>Panier libre<sup>(4)</sup></b>			
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
<b>Soins</b>			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Autres actes dentaires</b>			
Orthodontie remboursée CNMSS	200% BR	300% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée 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
<b>OPTIQUE</b>			
<b>Équipements 100% Santé<sup>(5)</sup> :</b>			
Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) <sup>(6)</sup>	Prise en charge à 100% dans la limite des HLF	Prise en charge à 100% dans la limite des HLF	Prise en charge à 100% dans la limite des HLF
Bénéficiaire de moins de 16 ans (Monture + 2 Verres) <sup>(6)</sup>			
Prestation d'appariage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)			
<b>Équipements libres<sup>(7)</sup> :</b>			
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
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</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	100% BR dans la limite des PLV	100% BR dans la limite des PLV	100% BR dans la limite des PLV
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	100% BR dans la limite des PLV	100% BR dans la limite des PLV	100% BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	100% BR dans la limite des PLV	100% BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe A ou B	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Autres prestations</b>			
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

- (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.

Panachage 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'opticien-lunetier 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 associés 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 palpébrales, 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 paranéoplasique) ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours (corticoides, 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 correctifs 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.

Panachage 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.



## 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 : l'ostéopathie, la chiropractie, 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 santé POUR TOUS

Ces services sont inclus  
dans nos offres

## 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...

iSanté		iSanté		iSanté		iSanté		iSanté		iSanté		iSanté		iSanté		iSanté	
iSanté		iSanté		iSanté		iSanté		iSanté		iSanté		iSanté		iSanté		iSanté	
Nom : Prévost		Date de naissance : 04/04/1978		N° Carte : 123456789		N° Adhérent : 02154789		N° Anc : 1001001		Type Carte : voir annexes CSM							
PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI	PHYSI
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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 oraux 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 350 € par an.

# La prévoyance

## EN QUELQUES MOTS

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'invalidité, l'incapacité 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.

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



POUR  
LES AGENTS  
ACTIFS

### Définitions

#### ► L'incapacité de travail

En cas d'arrêt de travail de l'adhérent en activité, prescrit par un médecin, en raison d'une maladie ou d'un accident reconnu par l'employeur ou la Sécurité sociale, des indemnités journalières sont versées.

#### ► 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.

#### ► 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.

#### ► La rémunération de référence

Pour le personnel civil, le traitement de référence servant de base pour le calcul des cotisations correspond à la rémunération brute totale composée notamment du traitement indiciaire brut (TIB) et du régime indemnitaire (RI). S'agissant des ouvriers d'état, le traitement de référence correspond au salaire de base (salaire horaire x 152 heures), majoré de 16%.

# Les garanties prévoyance des personnels civils DU MINISTÈRE DES ARMÉES ET EPA RATTACHÉS

## Les options prévoyance des agents actifs

	<b>Option 1</b>
Indemnité - Incapacité temporaire de travail	75% du traitement de référence
Capital - Décès ou IPA (toutes causes)	100% du traitement annuel de référence
Rente - Invalidité permanente ( $\geq 60\%$ )	/

	<b>Option 1 bis</b>
Indemnité - Incapacité temporaire de travail	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

	<b>Option 2</b>
Indemnité - Incapacité temporaire de travail	80% du traitement de référence
Capital - Décès et IPA (toutes causes)	125% du traitement annuel de référence
Rente - Invalidité permanente ( $\geq 60\%$ )	/

	<b>Option 2 bis</b>
Indemnité - Incapacité temporaire de travail	80% du traitement de référence
Capital - Décès et 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.

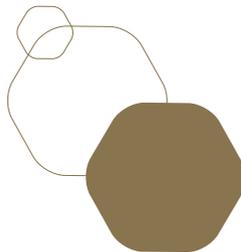
# Cotisations santé

	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
	Cotisations actifs et retraités	Cotisation conjoints	Cotisations actifs et retraités	Cotisation conjoints	Cotisations actifs et retraités	Cotisation 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 <sup>ème</sup> enfant)	14,50 €	20,35 €	26,29 €

# Cotisations prévoyance

Civils	Option 1	Option 1 bis	Option 2	Option 2 bis
30 ans ou moins	0,50%	0,98%	0,60%	1,18%
Plus de 30 ans	0,79%	1,27%	0,96%	1,54%



# Des garanties D'ASSISTANCE SANTE

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 (Nouveauté 2020), 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...

## **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.

*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.*

# 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.

## 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.



## 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](http://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 **5 200 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 **3 500 centres audio** :

- Au moins 15% de réduction pour votre appareillage complet, prêt à l'emploi, quel que soit l'équipement choisi ;
- L'offre exclusive «Prim'Audio®» pour un appareillage de qualité à 700 € maximum par prothèse ;
- Une «garantie panne» étendue à 4 ans au lieu de 2 ans ;
- Un accompagnement personnalisé pendant toute la durée de vie de votre équipement.

## ► 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

### ► **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.

### ► **Téléconsultation**



Impossible de joindre son médecin traitant ou un spécialiste ? Avec la téléconsultation MesDocteurs, consultez un médecin, en direct 24h24 et 7j/7.

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

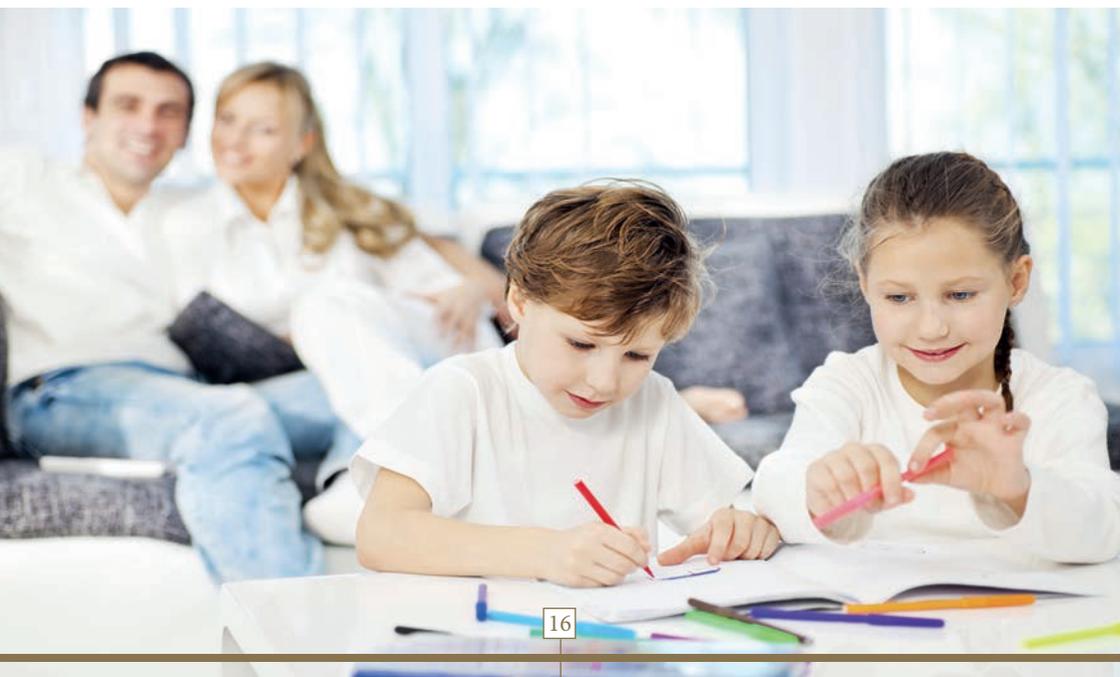
### ► **Essentiel Santé Magazine**

L'information santé de votre Mutuelle, dédiée à tous les adhérents du groupe Harmonie Mutuelles. Magazine adressé directement à votre domicile, 4 exemplaires par an.



### ► **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](http://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](http://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 email 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.

**Mon HFP**



Une appli pour gérer votre  
complémentaire santé

# Comment adhérer à l'offre référéncée ?

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

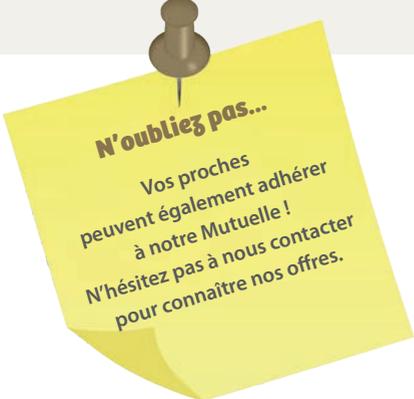
NB : Nous vous invitons à demander votre démission auprès de votre complémentaire santé actuelle, par lettre recommandée avant le 31 octobre.

## **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.



## N'oubliez pas...

Vos proches  
peuvent également adhérer  
à notre Mutuelle !  
N'hésitez pas à nous contacter  
pour connaître nos offres.

# Vos contacts

**Les agences**

**Des rendez-vous  
personnalisés  
par téléphone  
ou en agence\*.**

**Nos conseillers  
mutualistes sont à  
votre disposition  
pour répondre à  
vos interrogations.**

### **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**

**0 800 007 101** Service & appel  
gratuits

Du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h30

### **Vous êtes adhérent**

Harmonie Fonction Publique - Centre de gestion  
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](http://espaceadherent.harmonie-fp.fr)

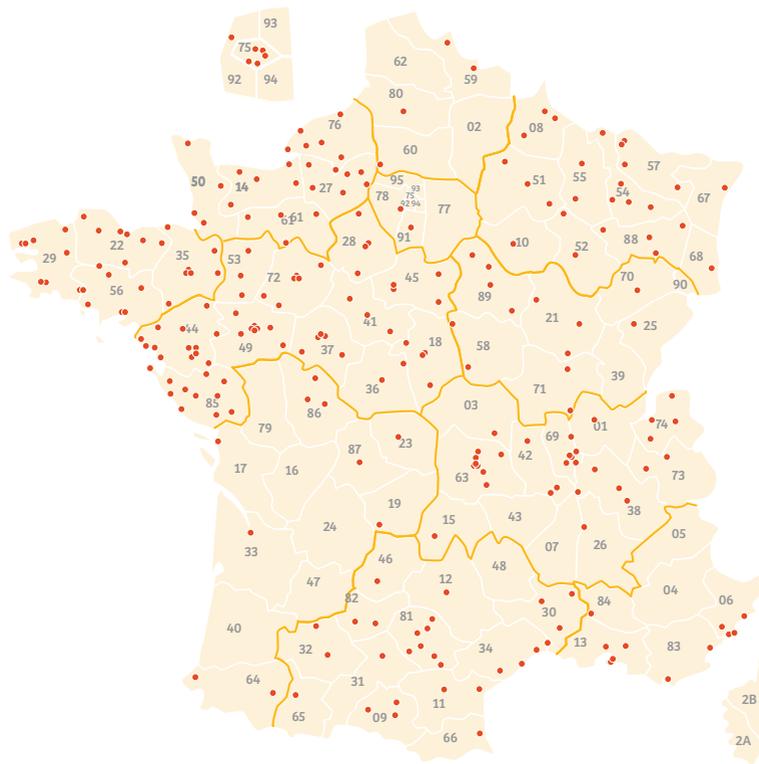
Retrouvez-nous sur : [harmonie-fonction-publique.fr](http://harmonie-fonction-publique.fr)

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](http://harmonie-mutuelle.fr)\* ou [harmonie-fonction-publique.fr](http://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.



Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, Harmonie Fonction Publique a été absorbée par Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° Siren 538 518 473, n° LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, Rue Blomet - 75015 Paris.

MFPrévoyance : 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 SIRENE sous le N° Siren 444 269 682, dont le siège est : 46, rue du Moulin BP 62127 - 44121 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 Bonnel - 69003 Lyon, immatriculée au RCS de Lyon sous le N° 958 506 156.