



Aptar
pharma



Henner

Here to care

Guide de votre complémentaire santé

Garanties et services

Personnel Cadre

Bienvenue

Nous avons le plaisir de vous adresser le guide de votre complémentaire santé Henner. Vous y trouverez tous les services et les avantages qui vous sont réservés, ainsi que nos conseils pour vous aider dans vos démarches !

Vous pouvez naturellement compter sur la disponibilité de notre équipe pour vous informer et vous accompagner au quotidien.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous accordez.

Votre équipe Henner



HENNER – UG 50
TSA 51935
92894 NANTERRE CEDEX 9
Tél : 03.28.76.37.00
aptar@henner.fr



Sommaire



Votre complémentaire santé

- Vos garanties
- Vos exemples de remboursement
- Les bénéficiaires de votre contrat
- L'essentiel de votre contrat
- Les services associés à votre contrat
- Le maintien de vos garanties



Vos services Henner et vos démarches

- Découvrez les services de votre complémentaire santé :
 - Les fonctionnalités de votre espace client
 - Votre carte d'assuré Henner
 - Le réseau de soins Carte Blanche
 - Votre unité de gestion
- Pour être remboursé plus rapidement :
 - Bénéficiez de la télétransmission
 - Effectuez vos demandes de remboursement en un clic
 - Envoyez vos pièces justificatives
 - Optimisez vos dépenses de santé



Traitement des données à caractère personnel

- Charte RGPD



Votre complémentaire santé Henner



VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2024

Les prestations s'entendent en complément des remboursements de l'Assurance maladie, sauf indication contraire spécifique : "y compris Sécurité sociale" ou "Non pris en charge par l'AM".

La garantie Régime de base est qualifiée de responsable conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale modifiés par la LFSS pour 2019 et du décret du 11 janvier 2019 visant notamment à garantir un accès sans reste à charge de certains soins ou équipements en optique, dentaire et audiologie. En tout état de cause, le contrat prend en charge le ticket modérateur dans les conditions fixées par l'article R. 871-1 II du code de la sécurité sociale.

Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire en application de la loi du 13 août 2004 : ainsi sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

RÉGIME DE BASE	
HOSPITALISATION	
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)	
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 90 % FR - MR dans la limite de 400 % BR avec au minimum TM
Chambre particulière*	2 % PMSS par jour
Honoraires	
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM :100 % FR Médecin non DPTM :TM + 100 % BR
Forfait sur les actes lourds	100 % FR
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé	
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 90 % FR - MR dans la limite de 400 % BR
Chambre particulière	2 % PMSS par jour
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Autres frais hospitaliers	
Frais d'accompagnant (moins de 12 ans)	1 % PMSS par jour
Frais de transport	100 % FR
Maternité	
Chambre particulière	2 % PMSS par jour
Frais de séjour en maternité	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 90 % FR - MR dans la limite de 400 % BR avec au minimum TM
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur en maternité	Médecin DPTM :100 % FR Médecin non DPTM :TM + 100 % BR
Forfait naissance ou adoption (par enfant, doublé en cas de naissance multiples)	20 % PMSS
Amniocentèse	100 % FR
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Médecin généraliste	Médecin DPTM :100 % FR Médecin non DPTM :Conventionné: TM + 100 % BR /Non conventionné: 90% FR - SS dans la limite de100% BR +TM
Médecin spécialiste	Médecin DPTM :100 % FR Médecin non DPTM :Conventionné: TM + 100 % BR / Non conventionné: 90% FR - SS dans la limite de100% BR +TM
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTM :100 % FR Médecin non DPTM :TM + 100 % BR
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTM :100 % FR Médecin non DPTM :TM + 100 % BR
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	100 % FR
Séance de psychologue (dispositif monpsysanté)	TM
Médicaments	
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	100 % FR
Vaccins et médicaments prescrits non pris en charge par l'AM	50 € par année civile et par famille
Autres soins courants	
Analyses et examens de laboratoire	100 % FR
Matériel médical	350 % MR
Fauteuil roulant pour personnes handicapées	100 % FR - MR - Prestations versées au titre des prothèses médicales ci-dessus, dans la limite de 10 000 € par famille tous les 4 ans
DENTAIRE	
Soins	
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	100 % BR
Radiologie dentaire	100 % FR
Parodontologie prise en charge par l'AM, y compris prophylaxie et endodontie	100 % BR
Parodontologie non prise en charge par l'AM Voir liste en annexe	150 € par année civile
Prothèses	
Prothèses 100% santé*	
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % PLV - MR

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2024

Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV - MR et à tarifs libres	
Prothèses fixes : couronnes et bridges	400 % BR
Prothèses amovibles	400 % BR
Couronnes provisoires	400 % BR
Inlays core	400 % BR
Inlays / onlays	100 % BR
Prothèses et/ou scanner dentaire non prises en charge par l'AM Voir liste en annexe	163 € par année civile
Implantologie	
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	400 % BR
Plafond sur l'implantologie Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM Inlay core non pris en charge par l'AM	950 € par implant limité à 3 implants par année civile
Orthodontie	
Orthodontie (par semestre de soin)	400 % BR
Orthodontie non prise en charge par l'AM	400 % BR reconstituée
🕒 OPTIQUE	
Paire de lunettes	
<p>Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment** pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0,5 sur un œil ou 0,25 sur les deux yeux. Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal à la moyenne des remboursements des deux catégories. Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.</p>	
Equipements 100% Santé*	
Monture, verres, suppléments et prestation optique	100 % PLV - MR
Equipements à tarifs libres	
Plafond sur les montures	100 € - MR
Equipement simple (y compris monture) Classe A : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 6	420 € - MR
Equipement complexe (y compris monture) Classe C : verres unifocaux différents de la classe A, verres multifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 8	700 € - MR
Equipement très complexe (y compris monture) Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	800 € - MR
Les suppléments pour adaptation optiques	TM
Lentilles cornéennes	
Prises en charge par l'AM, par paire	10 % PMSS par année civile, au-delà du forfait, remboursement du TM
Non prises en charge par l'AM, par bénéficiaire, y compris jetables	5 % PMSS par année civile
Chirurgie réfractive	40 % PMSS par œil et par année civile
👂 AIDES AUDITIVES	
<p>Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.</p>	
Equipements 100% Santé*	
Aides auditives	100 % PLV - MR
Equipements à tarifs libres	
Aides auditives jusqu'à 20 ans	440 % BR limité à 1700 € - MR par oreille
Aides auditives plus de 20 ans	440 % BR limité à 1700 € - MR par oreille
🌿 CURES	
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile (frais de surveillance pris en charge par l'AM, hébergement et transport non pris en charge par l'AM)	30 % PMSS
🩺 PRÉVENTION NON PRISE EN CHARGE PAR L'AM	
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Homéopathie, Sophrologie, Diététicien, Psychologue et Ethioptathe	200 € par année civile
🌸 GARANTIE OBSÈQUES	
Participants et ayants droits	200 % PMSS limité aux frais engagés

ASSISTANCE	
Assistance Harmonie Mutuelle	OUI
Téléconsultation	OUI
* Les dépenses pour confort personnel (téléphone, fax, TV...) ne sont pas prises en charge. Les frais réels sont limités à la catégorie la moins élevée des tarifs de chambre particulière pratiqués dans l'établissement	
Liste des actes limitativement couverts par le forfait "Parodontologie non prise en charge par l'AM" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), Gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), Assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), Séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018), Régénération Parodontale (HBMA004), Ostéoplastie d'une alvéole dentaire avec comblement par biomatériau (HBMA006), Ostéoplastie d'une alvéole dentaire avec comblement par autogreffe osseuse (HBMA003), Comblement préimplantaire sousmuqueux unilatéral du sinus maxillaire (GBBA002), Comblement préimplantaire sousmuqueux bilatéral du sinus maxillaire (GBBA364)	

* tels que définis réglementairement.

** Article qui renvoie à la liste prévue par l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (§ VIII qui vise les cas de renouvellements anticipés).

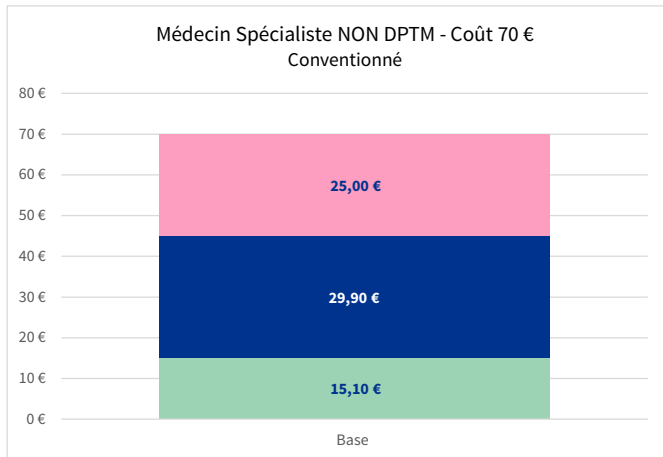
Lexique

AM : Assurance Maladie
 BR : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie
 BR-MR : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie sous déduction du Montant Remboursé par l'Assurance Maladie
 BRR : Base de Remboursement Reconstituée
 DPTM : le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est applicable à l'ensemble des spécialités de médecins. Il s'agit d'un engagement du médecin envers l'Assurance Maladie, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires. Ce dispositif recouvre le C.A.S (Contrat d'accès aux soins), l'OPTAM ET l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) (CO pour chirurgie et obstétrique).
 FR : Frais réels
 FR-MR : Frais Réels sous déduction du Montant Remboursé par l'Assurance Maladie
 HLF : Honoraires Limites de Facturation
 PLV : Prix Limite de Vente
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
 TM : Ticket Modérateur

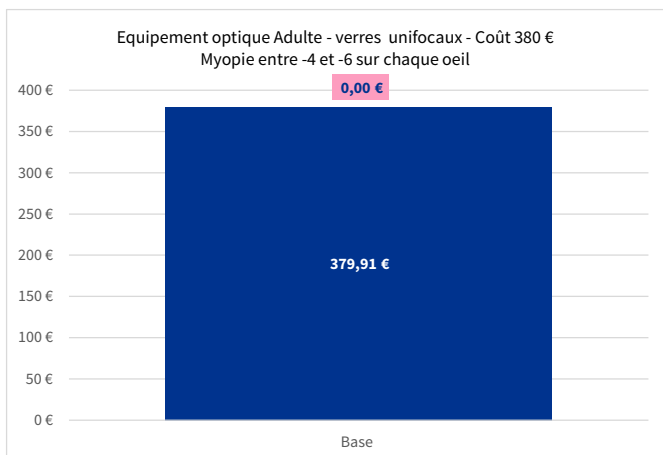
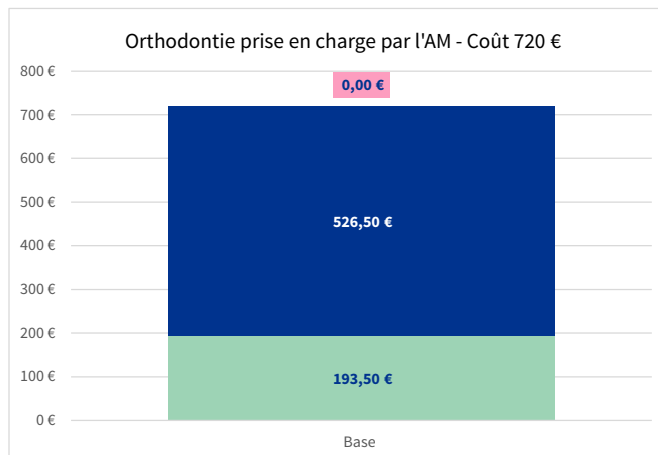
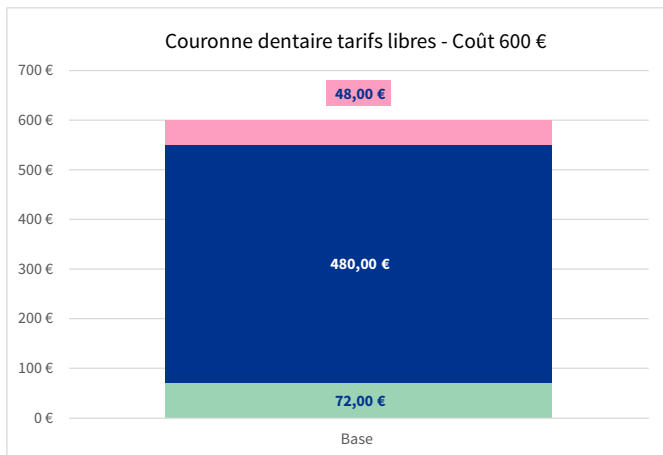
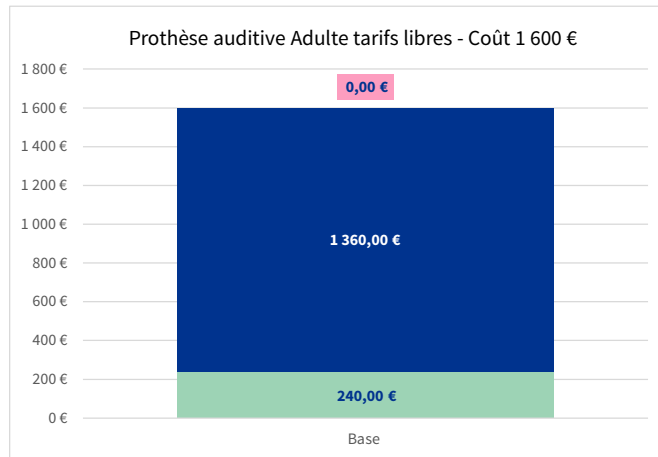
Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non prises en charge par l'AM" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (bridge) (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

Quelques exemples de remboursements au 1^{er} janvier 2024

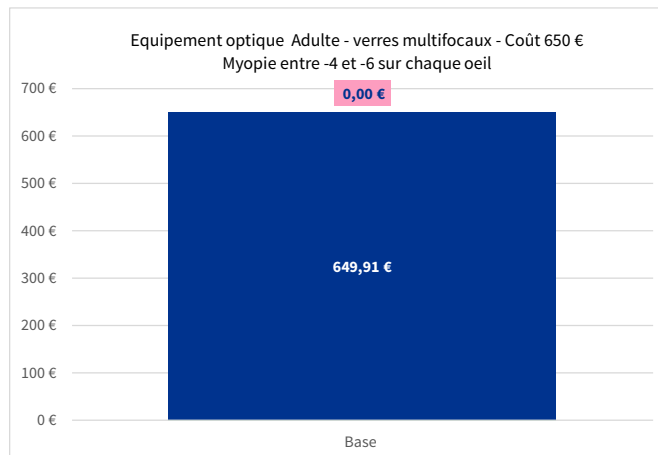
■ Remboursement Sécurité sociale
 ■ Remboursement Henner
 ■ Mon reste à charge



Consultation établie dans le cadre du parcours de soins.
La participation forfaitaire de 1 € reste à la charge de l'assuré.



La Sécurité sociale intervient à hauteur de 0,09 € par équipement.



La Sécurité sociale intervient à hauteur de 0,09 € par équipement.

Les bénéficiaires de votre contrat

Henner a été chargé de la gestion de votre contrat complémentaire santé souscrit par **APTAR STELMI** auprès de l'assureur **HARMONIE MUTUELLE**. Sont exclues, les garanties qui ne sont pas mentionnées dans le tableau de garanties précédent. Votre contrat vous accorde, à vous et vos éventuels ayants droit, le versement de prestations complémentaires à celles de l'Assurance Maladie en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

Les bénéficiaires

Sont bénéficiaires de la garantie, outre vous-même en tant qu'affilié, vos ayants droit (sous réserve du règlement de la cotisation correspondante), ci-après définis :

- ✓ Le Conjoint,
- ✓ Le Partenaire d'un PACS,
- ✓ Le Concubin
- ✓ Les personnes à la charge du bénéficiaire entendues comme :
 - **Vos enfants et ceux de votre conjoint :**

Les enfants du bénéficiaire, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin, s'ils sont effectivement à la charge du bénéficiaire (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :

Agés de moins de 18 ans :

- ✓ S'ils figurent sur votre carte de Sécurité Sociale ou celle de votre conjoint, concubin ou partenaire ayant droit ;
- ✓ S'ils reçoivent une pension alimentaire.

Jusqu'à leur 28ème anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :

- ✓ S'ils poursuivent des études, sous réserve de la présentation d'un certificat de scolarité ;
- ✓ S'ils sont inscrits dans un cursus de formation en alternance (contrats de qualification...) ou en contrat d'apprentissage sous réserve de la présentation d'un justificatif,
- ✓ S'ils sont à la recherche d'un emploi (sous réserve de la présentation du justificatif de Pôle Emploi permettant d'attester de la qualité de demandeur,

Quel que soit leur âge, vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire ayant-droit, à votre charge, titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du Code de la Famille et de l'Aide sociale, à condition que leur état d'invalidité soit survenu avant leur 28ème anniversaire.

- **L'ascendant, descendant, collatéral jusqu'au 3ème degré ou d'allié au même degré du salarié, du conjoint, ou partenaire de PACS qui vit au domicile de celui-ci et se consacre exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation des enfants à charge du salarié, du conjoint ou du partenaire de PACS.**

L'essentiel de votre contrat

Remarques importantes concernant vos remboursements

- Les prestations ont été établies en considération de la législation de l'Assurance Maladie en vigueur. Toute modification de cette législation pourra entraîner une modification de vos remboursements. Pour tous les soins pratiqués à l'étranger, le remboursement sera effectué en complément de l'Assurance Maladie sur la base des tarifs pratiqués en France.
- Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'affilié après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.
- Les soins réalisés par des professionnels de santé non reconnus et non diplômés ne sont pas remboursés.
- Les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 9 de la Loi Evin du 31/12/1989).
- Le forfait maternité est destiné à couvrir les frais d'accouchement et les premiers jours d'hospitalisation d'une bénéficiaire.
- Les remboursements d'appareils orthodontiques amovibles (de type gouttière d'alignement) achetés sur internet sont exclus des garanties. Par ailleurs, l'achat d'appareils orthodontiques amovibles de type gouttières d'alignement non précédé d'un diagnostic, d'un examen et d'imagerie et non suivi périodiquement par un professionnel de santé qualifié (dentiste ou orthodontiste) est exclu de la garantie.

Délai de prescription

La prescription en assurance est le délai de deux ans au-delà duquel un assuré ne peut plus exercer de recours. Toute action résultant de l'application de votre contrat (par exemple le règlement d'une prestation) est prescrite 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, à partir du jour où Henner et/ou votre assureur en a connaissance,
- En cas de sinistre, à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (action en justice, reconnaissance du droit de celui contre lequel il est prescrit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par Henner au bénéficiaire, concernant l'action en paiement de la cotisation, et par le bénéficiaire ou l'ayant droit à Henner, concernant le règlement de la prestation.

Les services associés à votre contrat



LA GARANTIE OBSEQUES

La Garantie Obsèques vous permet de bénéficier d'un capital exclusivement dédié au paiement des obsèques. Les prestations résultent d'un contrat souscrit auprès de l'assureur **HARMONIE MUTUELLE** pour le risque décès.

▪ **Des services personnalisés :**

- Tiers payant auprès de toutes les entreprises de pompes funèbres ou remboursement sous 4 jours ;
- Interface avec les opérateurs funéraires :
 - > Accords privilégiés avec les principaux réseaux de pompes funèbres (service personnalisé, remise sur prestations, fournitures et articles funéraires)
 - > Intervention pour l'application des prestations à des tarifs contrôlés



Pour toute question relative à la garantie frais obsèques ou pour signaler un décès, contactez la Garantie Obsèques :

Tél : 01 55 62 53 19 – Du lundi au vendredi, de 9h à 18h

Email : garantie.obsèques@henner.fr

Pour vous authentifier, vous devrez communiquer votre identité, votre date de naissance, votre n° d'adhérent Henner (disponible sur votre carte d'assuré ouvrant droit au tiers payant).



L'ASSISTANCE

Ces prestations résultent d'une convention d'assurance de groupe passée avec **HARMONIE MUTUELLE**. Toute dépense engagée sans accord préalable ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

Garantie d'assistance Harmonie Santé Services

Notice d'information 2020

Définitions

Pour l'application de la présente notice, on entend par :

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- ✦ les infarctus du myocarde ;
- ✦ les ruptures d'anévrisme ;
- ✦ les accidents vasculaires cérébraux ;
- ✦ les lombalgies, les lumbagos ;
- ✦ les sciatiques ;
- ✦ les éventrations ;
- ✦ les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;
- ✦ les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronze artificiel ;
- ✦ les hydrocutions ;
- ✦ les hernies abdominales ;
- ✦ les lésions méniscales.

Adhérent : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à la mutuelle.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par Harmonie Santé Services après évaluation.

Animaux familiers de compagnie : sont considérés comme animaux familiers de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par bénéficiaire.

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'adhérent et vivant sous le même toit.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'État Français.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.

Ayants droit : les ayants droit de l'adhérent sont ceux inscrits comme tels par cet adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif à une garantie santé de la Mutuelle et dont le descriptif des garanties fait mention de la garantie d'assistance ainsi que ses ayants droit.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Centre de convalescence : les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Chimiothérapie : c'est un traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'adhérent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'Alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire, on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Établissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Étranger : tout pays en dehors du pays de domicile en France ou des DROM.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans la notice d'information. Ils peuvent être les suivants :

- ⚡ une hospitalisation dès l'ambulance,
- ⚡ une maternité,
- ⚡ un traitement anticancéreux,
- ⚡ une immobilisation,
- ⚡ un accompagnement des situations de handicap,
- ⚡ une maladie, un accident ou une blessure.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Fratric : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une HAD, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation en ambulatoire : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Hospitalisation à domicile (HAD) : l'Hospitalisation à domicile (HAD) permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité aides déjà en place...). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie soudaine à l'étranger : désigne une pathologie inattendue et non récurrente qui nécessite un traitement d'urgence pour prévenir ou atténuer le danger présent sur la vie ou la santé. Une situation d'urgence n'existe plus lorsque les données médicales indiquent que le bénéficiaire est capable de rentrer dans son pays de résidence habituelle pour obtenir et/ou continuer son traitement.

Maternité : sont considérés comme maternité, tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du bénéficiaire.

Pays de séjour : le pays dans lequel le bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'Assistance en dehors de son pays de résidence.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par Harmonie Santé Services afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par le bénéficiaire. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le bénéficiaire.

Radiothérapie : c'est un traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Soins médicalement nécessaires : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance Maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Traitement : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette notice s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et dans la limite de 500 euros TTC pour les transports en France ou dans les DROM. Harmonie Santé Services est seul décisionnaire du moyen utilisé.

Titre I	DOMAINE D'APPLICATION
---------	-----------------------

Article 1 • Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance (union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682).

La présente notice d'information, établie conformément à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, résume les conditions générales :

- ⚡ d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, souscrit par Harmonie Mutuelle, sur décision de son assemblée générale dans le cadre de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité souscrit au profit de ses adhérents auxquels est remis un descriptif de garantie faisant mention de la garantie assistance et de leurs éventuels ayants droit bénéficiaires d'une garantie santé

auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

Article 2 • Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties d'assistance dont peuvent prétendre les bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice :

- ⚡ toute personne domiciliée en France ou dans les DROM ayant adhéré à la Mutuelle Harmonie Mutuelle et à un règlement mutualiste santé ou à un contrat collectif santé et auxquels a été remis un descriptif de garanties faisant mention de la garantie assistance, dénommée « l'adhérent » ;
- ⚡ et le cas échéant, ses ayants droit.

Article 3 • Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties d'assistance prennent effet à la même date de souscription que les garanties « Frais de Santé » d'Harmonie Mutuelle des bénéficiaires.

Les garanties d'assistance suivent le sort des garanties frais de santé d'Harmonie Mutuelle, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par Harmonie Santé Services.

Article 4 • Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, en France ou dans les DROM, pour l'assistance de tous les jours ;
- pour tout déplacement* en France ou dans les DROM** (au-delà de 50 kilomètres du domicile pour la prestation « Transfert médical ») ;
- dans le monde entier pour l'Assistance à l'étranger.

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

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

Article 5 • Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs suivants survenant au bénéficiaire. Ils sont définis dans la notice d'information et peuvent être les suivants :

- une hospitalisation dès l'ambulatorio,
- une maternité,
- un traitement anticancéreux,
- une immobilisation,
- un accompagnement des situations de handicap,
- une maladie, un accident ou une blessure.

Harmonie Santé Services propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, **à raison d'une seule prestation par fait générateur.**

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, de soutien social ou psychologique, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué. Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, Harmonie Santé Services se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

Article 6 • Modalités de mise en œuvre

Pour contacter Harmonie Santé Services

sans interruption, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

- par téléphone :  **09 69 39 29 13**
APPEL NON SURTAXE

- par télécopie : 02 40 44 43 93

Depuis les DROM ou l'étranger :

- par téléphone : 00 33 969 39 29 13

- par fax : 00 33 240 44 43 93

- par mail : international@rmassistance.fr

Sans oublier :

- de rappeler le numéro d'adhérent,
- de préciser nom, prénom et adresse du bénéficiaire.

Lors du 1^{er} appel, un n° d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec Harmonie Santé Services.

Toute demande d'assistance doit être formulée par téléphone au maximum dans les vingt jours (20 jours) qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour le conseil médical, le transfert médical et l'assistance à l'étranger, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Au-delà des 48 heures, Harmonie Santé Services pourra accompagner et orienter le bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à Harmonie Santé Services tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par Harmonie Santé Services sont des pièces originales ou des copies certifiées.

Article 7 • Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente notice ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable d'Harmonie Santé Services et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire, n'est remboursée par Harmonie Santé Services.

De plus, il convient de préciser qu'Harmonie Santé Services ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, Harmonie Santé Services met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, Harmonie Santé Services ne pourra s'engager sur une obligation de résultat.

Harmonie Santé Services ne participe pas aux dépenses que le bénéficiaire a engagé de sa propre initiative.

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention d'Harmonie Santé Services, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage...).

Dans le cadre de l'assistance à domicile, en France ou dans les DROM, Harmonie Santé Services met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, dès l'appel de l'un des bénéficiaires, pour répondre au plus vite à la demande. **Toutefois, Harmonie Santé Services se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).**

Dans le cadre d'un soutien psychologique ou d'un accompagnement social, Harmonie Santé Services soumis à une obligation de moyens concernant la mise en œuvre des prestations d'accompagnement, s'engage à :

- Fixer le premier rdv téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- Assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- Apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale et psychologue.

Titre II ÉCOUTE, CONSEIL ET ORIENTATION

Le Service Écoute, Conseil et Orientation est un service dédié aux bénéficiaires afin de leur assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

Harmonie Santé Services peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation évoqués.

Harmonie Santé Services peut également, à leur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront les aider et réaliser les services dont ils ont besoin.

Le coût de la prestation restant à la charge du bénéficiaire.

Article 8 • Information juridique

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

• **Réglementaire :**

- Habitation/logement,
- Justice/défense/recours,
- Vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- Assurances sociales/allocations/retraites,
- Fiscalité,
- Famille.

• **Pratique :**

- Consommation,
- Vacances/loisirs,
- Formalités/cartes/permis,
- Enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques...

En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

Article 9 • Conseils et informations médicales

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. Harmonie Santé Services ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- Infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- Contraception,
- Interruption volontaire de grossesse (IVG),
- Hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- Grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- Hygiène de vie, sport,
- Pathologies liées au vieillissement,
- Vaccinations, réactions aux médicaments,
- Addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- Diététique, régimes,
- Médecines complémentaires, médecines douces,
- Santé en voyage : vaccins, précautions médicales...

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos de :

- Maladies professionnelles,
- Troubles musculo squelettiques (TMS),
- Risques psychosociaux (RPS),
- Bilans de santé.

Article 10 • Soutien psychologique

Le soutien est réalisé par des psychologues sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, limités à 10 par année civile.

Un soutien spécifique destiné aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs est proposé dans les situations suivantes :

- Difficulté scolaire,
- Difficulté autour de l'entrée dans la vie active,
- Situation de harcèlement ou agression,
- Conduites à risques, conduites addictives,
- Souffrance psychologique...

Un soutien peut être proposé à l'adhérent ou à son ayant droit pour des problématiques de santé pour :

- L'annonce d'une maladie,
- Le parcours de soins,
- L'image de soi, gestion des douleurs,
- L'impact de la maladie sur l'équilibre de vie.

Un soutien spécifique est assuré en cas de difficultés professionnelles telles que :

- Risques Psycho-Sociaux,
- État de stress au travail,
- Situation d'agression et de violence,
- Épuisement...

Un soutien psychologique adapté est proposé aux aidants pour :

- Travail autour de la culpabilité,
- Réflexion autour des rôles dans le couple ou dans la famille,
- Prévention de l'épuisement,
- Au moment du deuil de la personne aidée.

En cas de décès, le proche pourra recourir au service de soutien psychologique afin de l'accompagner dans son travail de deuil.

Après évaluation du psychologue et accord du bénéficiaire, un suivi thérapeutique de proximité peut être proposé et organisé.

Article 11 • Appels de convivialité

Ces entretiens sont animés par un écoutant social dans la limite de 10 par année civile. Ils ont vocation à rompre l'isolement et à faciliter la restauration d'une vie sociale.

Ces entretiens visent à créer un cadre d'échange bienveillant en s'appuyant sur les centres d'intérêt du bénéficiaire afin de le mobiliser pour retrouver une vie sociale sur son territoire de vie.

Article 12 • Accompagnement social

L'accompagnement est réalisé par des assistantes sociales ou conseillères en Économie Sociale et Familiale sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels.

Des informations destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur les thèmes suivants :

- Cours scolaire et universitaire (scolarité et handicap, financement des études...),
- Entrée dans la vie active, accès aux droits, gestion d'un budget, logement...

Le service social peut aider le bénéficiaire et l'informer dans les domaines suivants :

- Aide au budget : bilan de la situation (ressources, charges, endettement, surendettement), recherche de solutions pour équilibrer le budget,
- Soutien à la parentalité : mode de garde, coparentalité, nutrition, relations familiales et conjugales,
- Soutien en cas d'aléas de santé : aide à domicile, adaptation du logement et/ou du poste de travail, ouverture de droits (invalidité, handicap, retraite...),
- Aide au départ à la retraite : démarches administratives, projection budgétaire, investissement d'un nouveau rôle social.

Un accompagnement social adapté est proposé aux aidants pour :

- Rechercher et financer des solutions de répit (hébergement temporaire, accueil de jour...),
- Organiser et financer du soutien à domicile (aide et soins à domicile...),
- Faciliter la conciliation vie professionnelle/vie privée (congé, allocations...).

Un conseil personnalisé concernant les Services à la Personne peut être prodigué pour :

- Trouver l'organisme (aide à domicile, aide aux familles, aide aux déplacements...),
- Constituer des dossiers de demande de financement (Caisses de retraite, APA, aide sociale...),
- Rechercher, si la situation le justifie, une aide au financement des restes à charge.

En cas de décès, le proche pourra bénéficier d'un accompagnement social pour :

- réaliser les démarches administratives,
- rechercher des aides pour le financement des obsèques,
- faciliter une nouvelle organisation de la famille.

Article 13 • Accompagnement spécifique à la parentalité

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficiaire, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Un interlocuteur qualifié est à la disposition du bénéficiaire et le coût de ces conseils est pris en charge par Harmonie Santé Services.

Titre III

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT ANTICANCEREUX

Article 14 • Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile

Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, Harmonie Santé Services organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 kilomètres du domicile du bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

Article 15 • Prestations en cas d'hospitalisation dès l'ambulatorio, toute hospitalisation de plus de 24 heures, en cas de maternité ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité et pendant l'immobilisation à tous les bénéficiaires, ou l'agisse d'adultes ou d'enfants.

15.1 Aide à domicile

Harmonie Santé Services met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, **à concurrence d'un maximum de 10 heures.**

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés par Harmonie Santé Services.

15.2 Autres prestations de bien-être et de soutien en substitution

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

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

Les prestations mises en place et leur durée sont déterminées par Harmonie Santé Services.

15.3 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés (sans limite d'âge) ou s'il s'agit de l'hospitalisation d'un enfant ayant une fratrie, Harmonie Santé Services prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité.** Pendant cette période de 5 jours, Harmonie Santé Services se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les adhérents domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

15.4 Garde des personnes dépendantes

Si le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit, Harmonie Santé Services prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les adhérents domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

15.5 Garde des animaux familiers

Harmonie Santé Services prend en charge le gardiennage des animaux familiers du bénéficiaire dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours avec un maximum de 300 euros TTC. **Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cures thermales.**

15.6 Dispositif de téléassistance

Harmonie Santé Services organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **pour une durée de 3 mois maximum.**

L'équipe de travailleurs sociaux d'Harmonie Santé Services aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

15.7 Présence d'un proche au chevet

Harmonie Santé Services organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

Article 16 • Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou radiothérapie du bénéficiaire

Harmonie Santé Services met à la disposition du bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile. Cette prestation s'organise à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance pendant toute la durée du traitement.

Harmonie Santé Services propose également un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire (psychologue, assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale, médecin...) afin de soutenir le bénéficiaire à l'annonce de la maladie, pendant la durée du traitement, à la fin du protocole de soins ou en cas de pronostic vital engagé.

Article 17 • Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire

17.1 Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans

Afin de permettre au bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, Harmonie Santé Services propose au bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile **pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour ou si le bénéficiaire le souhaite, Harmonie Santé Services prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.**

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du bénéficiaire salarié.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par télécopie au médecin-conseil : 02 40 44 43 00, par mail à medecinconseil@rmasistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'assistance d'Harmonie Santé Services - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil d'Harmonie Santé Services les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil d'Harmonie Santé Services par téléphone (autant que nécessaire).

17.2 École à domicile et soutien scolaire en ligne

La prestation « École à domicile ou soutien scolaire en ligne » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, **à compter du 14^{ème} jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant.** Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours.

Harmonie Santé Services oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- **soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;**
- **soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire d'Harmonie Santé Services.**

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique chimie, 1^{ère} et 2^{ème} langues vivantes.

Si des cours sont demandés par l'adhérent au-delà du nombre d'heures défini par semaine par Harmonie Santé Services, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs

Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale d'Harmonie Santé Services un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répéteur.

Article 18 • Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM

18.1 Conseil médical en cas de maladie, d'accident ou de blessure

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale d'Harmonie Santé Services donne à un bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins d'Harmonie Santé Services sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins d'Harmonie Santé Services se met alors en rapport avec

le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin d'Harmonie Santé Services propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin d'Harmonie Santé Services.

18.2 Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin d'Harmonie Santé Services propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- ✦ la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- ✦ le transfert du bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- ✦ en cas d'accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, Harmonie Santé Services organise et prend en charge le retour au domicile du bénéficiaire après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale d'Harmonie Santé Services et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- ✦ en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- ✦ en utilisant le véhicule du bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par Harmonie Santé Services,
- ✦ en train,
- ✦ en avion de ligne régulière,
- ✦ en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

Harmonie Santé Services se charge :

- ✦ de l'organisation du transfert,
- ✦ de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- ✦ de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- ✦ de l'accueil à l'arrivée.

Harmonie Santé Services prend en charge les frais correspondants restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge.** Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par Harmonie Santé Services, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin d'Harmonie Santé Services. Ainsi, Harmonie Santé Services ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin d'Harmonie Santé Services, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : Tout refus par le bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par Harmonie Santé Services entraîne automatiquement LA NULLITÉ de la prestation.

18.3 Retour des accompagnants

Lorsqu'un bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, Harmonie Santé Services organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ses proches.

Article 19 • Prestation en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, **et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours**, Harmonie Santé Services prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le bénéficiaire a son domicile principal. **Harmonie Santé Services organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 75 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus).** Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le bénéficiaire se trouve déjà sur place, Harmonie Santé Services organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. **Harmonie Santé Services participe aux frais d'hébergement à concurrence de 75 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits.** Harmonie Santé Services prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à Harmonie Santé Services, dans les meilleurs délais.

Titre IV

PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX ADHÉRENTS EN SITUATION DE HANDICAP

Lorsque le bénéficiaire est en situation de handicap, Harmonie Santé Services propose la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller. L'équipe est composée de psychologues et de travailleurs sociaux (Assistants de service social et Conseillers en Économie Sociale et Familiale (CESF)). Chaque accompagnement est assuré dans la durée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels. Les prestations d'assistance sont délivrées suite à une évaluation d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

À tout moment, Harmonie Santé Services propose la mise en relation avec un médecin qui pourra :

- ✦ reprendre le vocabulaire spécifique,
- ✦ décrire le rôle des soignants,
- ✦ informer sur la nature des examens prescrits,
- ✦ expliquer les soins envisagés ou en cours.

Il ne s'agit en aucun cas d'un deuxième avis médical.

Article 20 • Lors de la survenue du handicap

Lorsqu'une altération des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques restreint les activités du quotidien, Harmonie Santé Services propose au bénéficiaire ou à son proche aidant la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller.

a) Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- ✦ un espace d'écoute et de soutien,
- ✦ un soutien dans l'acceptation de la nouvelle situation,
- ✦ une aide au maintien ou à la restauration de la communication au sein de la famille,
- ✦ une aide pour la gestion de la douleur ressentie.

b) Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- ✦ faire un état des lieux de la situation administrative,
- ✦ faciliter la reconnaissance du handicap et l'accès aux droits,
- ✦ favoriser l'organisation du quotidien.

c) Les prestations d'assistance

En cas de dépôt d'un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), Harmonie Santé Services prend en charge, sur justificatifs (accusé de réception MDPH notamment) l'une des prestations suivantes visant à mieux appréhender la nouvelle situation pour le bénéficiaire et son entourage :

- ✦ soit une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes (ménage, repassage, course de proximité, préparation aux repas...), à concurrence de 30 heures. Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés par Harmonie Santé Services ;
- ✦ soit une autre prestation de bien-être et de soutien en substitution : si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, Harmonie Santé Services met en place et prend en charge à concurrence de 500 euros TTC (sur justificatif), une autre prestation de soutien ou de bien-être en substitution ;

- ✚ soit un soutien au bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale) destiné à mieux appréhender cette nouvelle situation pour le bénéficiaire et son entourage, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 euros TTC ;
- ✚ soit une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne ;
- ✚ soit la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, Harmonie Santé Services se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école ;
- ✚ soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 euros TTC ;
- ✚ soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 euros TTC ;
- ✚ soit l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence de 10 heures.

Article 21 • Dans le quotidien

Lorsque le handicap est reconnu par la MDPH, Harmonie Santé Services propose au bénéficiaire ou à son proche aidant la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller.

a) Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- ✚ une restauration de l'estime de soi,
- ✚ un soutien dans le processus d'adaptation psychique,
- ✚ une gestion des symptômes corporels par le biais d'une initiation à des méthodes de relaxation.

b) Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- ✚ rechercher des solutions d'aide humaine ou technique,
- ✚ soutenir la démarche d'accès à l'éducation, la formation et l'emploi,
- ✚ favoriser l'équilibre du budget.

c) Les prestations d'assistance

En complément d'une prestation accordée par la MDPH, Harmonie Santé Services accorde l'une des prestations suivantes dans la limite d'une fois par année civile destinée à faire face aux dépenses liées au handicap :

- ✚ soit une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes (ménage, repassage, course de proximité, préparation aux repas...), à concurrence de 30 heures. Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés par Harmonie Santé Services ;
- ✚ soit une autre prestation de bien-être et de soutien en substitution : si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, Harmonie Santé Services met en place et prend en charge à concurrence de 500 euros TTC (sur justificatif), une autre prestation de soutien ou de bien-être en substitution ;
- ✚ soit une prise en charge du reste à charge de fournitures (matériels paramédicaux ou médicaux) nécessaires et en lien avec la situation de handicap du bénéficiaire dans la limite de 500 euros TTC ;
- ✚ soit une prise en charge du reste à charge d'une activité de loisirs adaptés ou d'un séjour vacances adaptées à la situation de handicap du bénéficiaire dans la limite de 500 euros TTC ;
- ✚ soit une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne ;
- ✚ soit un soutien au bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 euros TTC ;
- ✚ soit la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, Harmonie Santé Services se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école ;
- ✚ soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 euros TTC ;
- ✚ soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 euros TTC ;
- ✚ soit l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

En complément :

- ✚ En cas de déménagement ou de changement d'emploi du bénéficiaire handicapé, Harmonie Santé Services organise la venue d'un accompagnateur ou auxiliaire d'intégration sociale pour l'apprentissage du nouvel environnement. Cette prestation est prise en charge à concurrence de 10 heures dans les 30 jours suivant l'événement dans la limite d'une fois par an.
- ✚ En cas d'impossibilité pour le bénéficiaire handicapé de se rendre seul sur son lieu d'examen, si personne ne peut l'accompagner et lorsque le bénéficiaire doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de l'examen, Harmonie Santé Services organise et prend en charge le transport aller et retour du bénéficiaire depuis son domicile vers le lieu d'examen par le moyen le plus adapté (Taxi, Véhicule Sanitaire Léger (VSL), Ambulance...) et met à disposition un intervenant qualifié. Cette prestation est prise en charge à concurrence de 500 euros TTC dans la limite d'une fois par an.

Article 22 • Dans les situations de crise

Lorsqu'un bénéficiaire reconnu par la MDPH est confronté à une situation de crise, l'équipe pluridisciplinaire d'Harmonie Santé Services l'évalue, conseille et accompagne le bénéficiaire ou son proche aidant.

a) Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à donner accès à :

- ✚ un soutien face aux émotions négatives,
- ✚ un soutien pour prévenir l'épuisement de l'aidant,
- ✚ un accompagnement spécifique au moment d'un deuil.

b) Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- ✚ faciliter l'adaptation du domicile,
- ✚ favoriser l'organisation et le financement de solutions de répit pour l'aidant,
- ✚ informer sur les dispositifs de protection des majeurs ou le mandat de protection future.

c) Les prestations d'assistance

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou de maternité du bénéficiaire en situation de handicap, Harmonie Santé Services prend en charge l'une des prestations suivantes afin de faciliter le retour au domicile :

- ✚ soit une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes (ménage, repassage, course de proximité, préparation aux repas...), à concurrence de 30 heures. Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés par Harmonie Santé Services ;
 - ✚ soit une autre prestation de bien-être et de soutien en substitution : si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, Harmonie Santé Services met en place et prend en charge à concurrence de 500 euros TTC (sur justificatif), une autre prestation de soutien ou de bien-être en substitution ;
 - ✚ soit un soutien au bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 euros TTC ;
 - ✚ soit l'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au sein de l'établissement ou au retour à domicile, à concurrence de 20 heures ;
 - ✚ soit la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, Harmonie Santé Services se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école ;
 - ✚ soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 euros TTC ;
 - ✚ soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 euros TTC ;
 - ✚ soit l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence de 10 heures ;
 - ✚ soit la prise en charge de la garde de l'animal d'assistance dans la limite de 500 euros TTC.
- En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement de l'aidant habituel avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, Harmonie Santé Services prend en charge l'une des prestations suivantes afin de soutenir le bénéficiaire handicapé :
- ✚ soit une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes (ménage, repassage, course de proximité, préparation aux repas...), à concurrence de 30 heures. Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés par Harmonie Santé Services ;

- ⚡ soit une autre prestation de bien-être et de soutien en substitution : si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, Harmonie Santé Services met en place et prend en charge à concurrence de 500 euros TTC (sur justificatif), une autre prestation de soutien ou de bien-être en substitution ;
- ⚡ soit l'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au domicile du bénéficiaire, à concurrence de 20 heures ;
- ⚡ soit la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, Harmonie Santé Services se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école ;
- ⚡ soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 euros TTC ;
- ⚡ soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 euros TTC ;
- ⚡ soit l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

Titre V

PRESTATIONS D'ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

Article 23 • Cadre d'application spécifique de l'assistance à l'étranger

23.1 En cas de demande d'assistance à l'étranger

Les garanties d'assistance à l'étranger sont acquises lors de séjours à titre privé ou professionnel à l'étranger dont la durée n'excède pas 31 jours consécutifs. Si la durée totale du voyage est supérieure à 31 jours ou si aucune date n'est prévue pour le retour ou à la fin du séjour, la couverture cessera de plein droit 31 jours après la date de départ ou de début de séjour. Harmonie Santé Services se réserve le droit de réclamer au bénéficiaire tout document attestant des dates de début et de fin de séjour (titres de transports, cartes d'embarquement, réservations d'hôtel...).

La couverture est considérée comme complémentaire en vertu de la présente notice. Harmonie Santé Services ne couvrira aucun coût qui peut être couvert par une autre institution, Caisse d'Assurance Maladie, compagnie d'assurance ou mutuelle, à l'exception des montants éligibles dépassant les limites couvertes par cette autre institution, compagnie d'assurance ou mutuelle dans les limites fixées dans la présente notice. Harmonie Santé Services n'est aucunement responsable des conséquences d'une faute médicale ou d'un traitement insuffisant ou inadéquat.

23.2 Couverture géographique de l'assistance à l'étranger

Les prestations d'assistance à l'étranger s'appliquent dans tous les pays du monde entier (à l'exception de ceux visés ci-après) et s'entendant hors du pays du domicile du bénéficiaire, à la suite d'un accident, de blessures, d'une maladie soudaine ou d'une hospitalisation imprévue dont le bénéficiaire serait victime. **Les garanties sont acquises pour toute la durée du séjour à l'étranger n'excédant pas 31 jours consécutifs et effectué dans le cadre d'un déplacement privé ou professionnel et à but non médical.**

Sont exclus de la présente garantie les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, actes de piraterie, d'interdictions officielles, représailles, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens (quel que soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique...), grèves, explosions, tremblements de terre, cyclones, éruptions volcaniques et autres catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure (liste susceptible de modification, informations disponibles auprès de l'assistance).

23.3 Faits générateurs dans le cadre de l'assistance à l'étranger

Les prestations sont acquises en cas d'accident, de blessures, de maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue survenant à l'un des bénéficiaires.

Pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par les garanties d'assistance à l'étranger, le bénéficiaire doit contacter Harmonie Santé Services en indiquant le plus clairement possible le lieu où il se trouve dans un délai de 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue. Au cas où le bénéficiaire se trouve dans l'incapacité de contacter en personne Harmonie Santé Services en raison de son état, toute notification faite par l'un de ses proches, la police, l'établissement de soins, les pompiers, ou toute personne étant intervenue suite au fait générateur, est recevable par Harmonie Santé Services.

Règles à observer en cas de demande d'assistance de l'étranger

Harmonie Santé Services ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense à l'étranger, il est nécessaire :

- ⚡ **d'obtenir l'accord préalable d'Harmonie Santé Services en appelant ou en faisant appeler sans attendre Harmonie Santé Services, au numéro rappelé ci-après :**

Par téléphone : 00 33 969 39 29 13

- ⚡ de se conformer aux procédures et aux solutions préconisées par Harmonie Santé Services.

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge, le bénéficiaire s'engage, à la demande d'Harmonie Santé Services, soit à :

- ⚡ restituer les titres de transport originaux non utilisés qu'il détient ;
- ⚡ réserver le droit à Harmonie Santé Services de les utiliser ;
- ⚡ rembourser à Harmonie Santé Services les montants dont il obtiendrait le remboursement.

Dans le cadre d'avance de frais, le bénéficiaire s'engage à signer lors de la demande d'assistance :

- ⚡ une autorisation de transmission directe pour permettre à Harmonie Santé Services d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre ;
- ⚡ une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par Harmonie Santé Services en cas de non prise en charge par la Sécurité sociale.

Conseils :

Si le bénéficiaire est assuré au titre du régime légal de l'Assurance Maladie il est nécessaire pour bénéficier des prestations de l'Assurance Maladie lors de son déplacement dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, d'être titulaire de la « Carte Européenne d'Assurance Maladie » (individuelle et nominative) en cours de validité qu'il doit se procurer avant son départ auprès de sa caisse d'Assurance Maladie.

Si le bénéficiaire se déplace dans un pays qui ne fait pas partie de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, il doit se renseigner, avant son départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de Sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, il doit consulter sa caisse d'Assurance Maladie pour savoir s'il entre dans le champ d'application de ladite convention et s'il a des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire).

En cas de nécessité d'une attestation d'assistance médicale pour l'obtention d'un visa, celle-ci sera délivrée par Harmonie Santé Services dans un délai de 8 jours ouvrés à compter de la réception de la demande écrite du bénéficiaire assortie de tous les éléments nécessaires à sa rédaction (les éléments requis sont : nom, prénom, date de naissance, destination, durée de voyage, adresse de domicile, numéro du passeport, les numéros de téléphone où l'appeler en cas de nécessité).

Lors de ses déplacements, le bénéficiaire ne doit pas oublier d'emporter les documents justifiant de son identité et tout document nécessaire à son voyage : passeport, carte nationale d'identité, carte de séjour, visa d'entrée, visa de retour, carnet de vaccination... et de surtout vérifier leur date de validité.

23.4 Exécution des prestations à l'étranger

Le bénéficiaire doit présenter à Harmonie Santé Services des copies conformes des documents suivants, dans un délai de deux mois à compter de la date du fait générateur :

- ⚡ tout document justifiant de son lieu de domicile habituel et de la durée de son déplacement ;
- ⚡ le procès-verbal officiel émis par la police concernant l'accident ;
- ⚡ une photocopie du passeport et du visa (le cas échéant) ;
- ⚡ le dossier médical complet préparé et délivré par le médecin ou l'établissement de soins dans lequel le bénéficiaire a été traité, ainsi que les ordonnances médicales, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil d'Harmonie Santé Services ;
- ⚡ les factures médicales et hospitalières ;
- ⚡ les factures soumises et le relevé des factures remboursées par la Sécurité sociale.

Et tout autre justificatif qu'Harmonie Santé Services estimera nécessaire pour apprécier le droit aux prestations d'assistance.

À défaut de présentation des justificatifs demandés, Harmonie Santé Services pourrait refuser la prise en charge des frais d'assistance et/ou pourrait procéder à la refacturation des frais déjà engagés.

De plus, Harmonie Santé Services est exonéré de l'obligation de fournir des prestations dans les cas suivants :

- ⚡ si le bénéficiaire ne notifie pas à Harmonie Santé Services de la survenue de l'accident ou de la maladie soudaine nécessitant une assistance médicale ou autre dans un délai de 48 heures à partir de la survenue dudit accident ou maladie ;

- si le bénéficiaire ne présente pas tous les documents requis pour constituer le dossier relatif à la déclaration ;
- si Harmonie Santé Services n'a pas donné son accord préalable. Toute décision relative à un changement de traitement, au transfert du bénéficiaire vers un autre centre médical, ou à toute autre mesure médicale nécessaire, y compris les opérations chirurgicales non urgentes, durant la période d'hospitalisation acceptée par Harmonie Santé Services, est soumise obligatoirement à l'approbation préalable d'Harmonie Santé Services, sous peine d'un refus de couverture ;
- si le bénéficiaire ou la personne référente du bénéficiaire refuse les prestations d'Harmonie Santé Services.

23.5 Obligations du bénéficiaire en cas de demande d'assistance à l'étranger

En cas d'urgence médicale, le bénéficiaire libère du secret médical tous les médecins et membres du personnel paramédical qui ont été amenés à traiter de son cas, avant, pendant et après l'urgence médicale. Le bénéficiaire est tenu de communiquer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil d'Harmonie Santé Services, tous les faits et circonstances requis en vertu des garanties d'assistance à l'étranger.

Toute réticence ou omission dans la communication de ces données donne le droit à Harmonie Santé Services de suspendre les garanties d'assistance dès qu'il prend connaissance des faits ou circonstances.

Dans le cas où le bénéficiaire a souscrit à une autre police pour le même risque (Assurances et/ou Assistance), il doit la déclarer à Harmonie Santé Services.

Article 24 • Prestations d'assistance à l'étranger

24.1 Le service d'informations et de prévention médicale

Harmonie Santé Services met à la disposition du bénéficiaire un service téléphonique disponible 24 h/24 et 7 jours sur 7 avant et pendant le voyage, et ceci afin de délivrer des informations pratiques, organisationnelles et médicales.

L'équipe médicale d'Harmonie Santé Services peut également répondre à toute question liée à la santé avant et pendant le voyage du bénéficiaire (réseaux médicaux, modalités de soins, vaccinations, pathologies, hygiène). Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, **en aucun cas, il ne peut se substituer à une consultation médicale sur place**. Les informations fournies ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale personnalisée car il est impossible d'établir un diagnostic médical à partir d'un appel téléphonique. Les conseils seront livrés de façon objective selon les éléments communiqués par téléphone.

En cas d'urgence médicale, il est vivement conseillé de contacter directement les organismes de secours d'urgence locaux auxquels Harmonie Santé Services ne peut se substituer.

24.2 Le service d'accompagnement et d'écoute au cours d'une hospitalisation

Les médecins d'Harmonie Santé Services sont mobilisés dès l'instant où un bénéficiaire est hospitalisé à l'étranger. Ils apportent un soutien au bénéficiaire ainsi qu'à sa famille en intervenant auprès du médecin en charge sur place, afin de lui apporter toutes les informations nécessaires sur les démarches thérapeutiques envisagées par le médecin en charge.

De plus, si la situation le nécessite (situation de crise, victimologie ou traumatologie), un service d'écoute est mis à la disposition du bénéficiaire ainsi qu'à sa famille avec une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue diplômé.

24.3 Mise à disposition d'un médecin sur place

Durant son séjour à l'étranger, le bénéficiaire peut contacter Harmonie Santé Services afin d'être dirigé si cela est nécessaire et chaque fois que cela est possible vers un médecin désigné par celui-ci dans la région où il se trouve.

Le diagnostic établi par ce médecin et le traitement préconisé par lui entrent dans le cadre de sa responsabilité professionnelle.

Harmonie Santé Services s'efforce de constituer un réseau de médecins référents dans les pays du monde entier, mais ne peut toutefois être tenu responsable en cas de non-disponibilité, de toute erreur de diagnostic ou de tout traitement inadapté ou inefficace.

24.4 Le transfert ou rapatriement sanitaire

a) Conseil médical

En cas de maladie, blessure, accident ou hospitalisation imprévu

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale d'Harmonie Santé Services donne à un bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins d'Harmonie Santé Services sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins d'Harmonie Santé Services se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin d'Harmonie Santé Services propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès

qu'il est approuvé par le bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin d'Harmonie Santé Services.

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin d'Harmonie Santé Services propose les prestations médicales telles que :

- la poursuite du traitement, un transfert/rapatriement pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert/rapatriement vers un centre de soins mieux adapté, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- lorsque l'état de santé le permet, le rapatriement de l'établissement hospitalier de premiers soins vers un établissement proche du domicile ou directement au domicile du bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale d'Harmonie Santé Services.

Selon l'état du bénéficiaire, le transfert/rapatriement est organisé avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent (dans les conditions définies ci-dessus) :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi ;
- en train ;
- en avion de ligne régulière ;
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

Remarque : par sécurité pour le bénéficiaire, tout transfert d'urgence reste à l'entière responsabilité du médecin traitant ou de l'autorité médicale sur place. En aucun cas la responsabilité d'Harmonie Santé Services ne saurait être engagée.

b) Transfert/rapatriement sanitaire

Harmonie Santé Services se charge :

- de l'organisation du transfert/rapatriement ;
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du bénéficiaire ;
- de collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert/rapatriement éventuel.

Les frais correspondants sont intégralement pris en charge par Harmonie Santé Services. Dans le cas où les frais sont pris en partie ou en totalité par la Sécurité sociale ou tout autre organisme de tiers payant, le bénéficiaire est tenu de collaborer avec Harmonie Santé Services pour recouvrer la part qui lui revient par ces organismes.

Toutefois aucun transfert, à l'exception du transfert d'urgence, ne peut être pris en charge par Harmonie Santé Services, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin d'Harmonie Santé Services.

Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert.

Important : il est à cet égard, expressément convenu que la décision finale du transfert ou rapatriement sanitaire (à l'exception du transfert d'urgence) à mettre en œuvre appartient en dernier ressort aux médecins d'Harmonie Santé Services et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorités médicales. Par ailleurs, dans le cas où le bénéficiaire refuse de suivre la décision considérée comme la plus opportune par les médecins d'Harmonie Santé Services, il décharge expressément Harmonie Santé Services de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

24.5 Prise en charge des frais de prolongation de séjour

En cas d'Accident, de Blessure ou de Maladie, si le bénéficiaire est dans l'obligation de prolonger son séjour pour raisons médicales avérées, sans hospitalisation et après accord du médecin d'Harmonie Santé Services, Harmonie Santé Services prend en charge les frais supplémentaires de prolongation du séjour dans l'hôtel où se trouve le bénéficiaire jusqu'à concurrence de 75 euros TTC par nuit, dans la limite de 10 nuits maximum.

24.6 Présence d'un proche au chevet

Lorsque le bénéficiaire est hospitalisé sur le lieu où son Accident, sa Blessure ou sa Maladie est survenu(e) et que les médecins d'Harmonie Santé Services jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que la sortie ou le retour ne peut se faire avant 10 jours, Harmonie Santé Services organise et prend en charge le transport aller et retour depuis la France d'une personne du choix du bénéficiaire afin qu'elle se rende à son chevet.

Cette prestation n'est acquise au bénéficiaire qu'en l'absence, sur place, d'un membre de la famille en âge de majorité juridique.

Harmonie Santé Services prend également en charge les frais d'hébergement de cette personne pendant 10 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 75 euros TTC par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Retour des bénéficiaires ».

24.7 Retour des bénéficiaires et des animaux familiers

Harmonie Santé Services organise également et prend en charge le retour des bénéficiaires se trouvant sur place, vers leur domicile habituel situé en France ou dans les DROM, ainsi que le retour des animaux familiers voyageant avec ces bénéficiaires.

Harmonie Santé Services met à la disposition des bénéficiaires susvisés le transport depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou dans les DROM.

24.8 Transmission du dossier médical au médecin traitant/référent habituel du bénéficiaire

Dans le cadre d'un suivi médical/hospitalier sur place, l'équipe médicale d'Harmonie Santé Services, après accord du bénéficiaire, s'organise pour collecter les données médicales relatives au suivi des soins et prescriptions dispensés sur place. Ces éléments d'informations seront alors transmis, sous pli confidentiel, au médecin traitant/référent habituel du bénéficiaire, afin d'être versés à son dossier médical.

24.9 Frais médicaux à l'étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus

a) Avance des frais médicaux

Harmonie Santé Services fait l'avance au bénéficiaire des frais d'hospitalisation, dans la limite de 76 000 euros TTC, à condition qu'ils concernent des soins reçus en territoire étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus survenus sur ce territoire.

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

⚡ pour des soins prescrits en accord avec le médecin d'Harmonie Santé Services ;

⚡ tant que ce dernier juge le bénéficiaire intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où Harmonie Santé Services est en mesure d'effectuer le transport, même si le bénéficiaire décide de rester sur place.

RAPPEL : Pour pouvoir bénéficier de cette avance, le bénéficiaire signera, lors de la demande d'assistance :

⚡ une autorisation de transmission directe pour permettre à Harmonie Santé Services d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre ;

⚡ une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par Harmonie Santé Services en cas de non prise en charge par la Sécurité sociale.

b) Prise en charge du reste à charge des frais médicaux

Harmonie Santé Services rembourse, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale et après intervention de celle-ci et d'organismes complémentaires, les frais médicaux définis ci-après, à condition que ces frais concernent des examens et soins reçus à l'étranger, sur ordonnance médicale, à la suite d'une maladie ou d'un accident imprévus survenus dans ce pays, dans la limite de 76 000 euros TTC.

Frais médicaux couverts à l'étranger :

⚡ honoraires médicaux ;

⚡ frais d'urgence ;

⚡ frais d'examens complémentaires (analyses, radiologies...) et de contrôle après hospitalisation ou urgence ;

⚡ frais d'hospitalisation imprévus ;

⚡ frais chirurgicaux imprévus.

Pour donner lieu à remboursement, toute consultation, hospitalisation et intervention chirurgicale doivent être déclarées à Harmonie Santé Services dans les 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévus.

Harmonie Santé Services prend en charge sur présentation d'une facture acquittée, les frais occasionnés pour une prestation dentaire à caractère d'urgence à concurrence de 160 euros TTC par séjour à l'étranger, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale après intervention de celle-ci et d'éventuels organismes complémentaires.

Sont considérés comme soins d'urgence :

⚡ les soins pour calmer la douleur : les dévitalisations, pansements, obturations, extractions ;

⚡ les réparations de prothèses dentaires nécessaires pour permettre à nouveau la mastication (la mise en place de nouvelles prothèses conjointes ou adjointes n'est pas prise en charge).

24.10 Remboursement des frais téléphoniques

Dans le seul cas de la mise en œuvre des garanties d'assistance à l'étranger, Harmonie Santé Services rembourse à concurrence de 100 euros TTC par demande les frais téléphoniques restant à la charge du bénéficiaire correspondant aux seuls appels à destination ou provenant d'Harmonie Santé Services. Ce remboursement s'effectuera exclusivement sur demande du bénéficiaire et sur présentation de la facture détaillée originale de l'opérateur téléphonique.

Titre VI

AUTRES CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

Article 25 • Conditions restrictives d'application des garanties

25.1 Comportement abusif

Harmonie Santé Services ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat.

Harmonie Santé Services réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, Harmonie Santé Services réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

25.2 Responsabilité

La responsabilité d'Harmonie Santé Services ne saurait être engagée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par Harmonie Santé Services.

Harmonie Santé Services ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

Harmonie Santé Services ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

Harmonie Santé Services ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

25.3 Circonstances exceptionnelles

La responsabilité d'Harmonie Santé Services ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

⚡ de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,

⚡ d'événements tels que guerre civile ou étrangère,

⚡ de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Article 26 • Exclusions

26.1 Exclusions communes à l'ensemble des prestations

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

⚡ les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,

⚡ les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,

⚡ les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,

⚡ les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,

⚡ les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,

⚡ les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,

⚡ tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,

- ∴ les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

26.2 Exclusions communes à toutes les prestations en cas de demande d'assistance à l'étranger

Dans le cadre de la présente garantie, Harmonie Santé Services ne prend pas en charge :

- ∴ les cas d'assistance dont le fait générateur est antérieur à l'adhésion aux garanties d'assistance et au voyage,
- ∴ les conséquences d'actes intentionnels de la part du bénéficiaire ou les conséquences d'actes dolosifs,
- ∴ les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'instabilité notoire, de mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure,
- ∴ les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- ∴ les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- ∴ les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions (ou leurs essais) quelles qu'elles soient, soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le bénéficiaire y participe en qualité de concurrent,
- ∴ les conséquences des tentatives de suicide,
- ∴ les cures thermales, les interventions à caractère esthétique et leurs conséquences éventuelles, les séjours en maison de repos, la rééducation, kinésithérapie, chiropraxie, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- ∴ les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou l'interruption volontaire de grossesse,
- ∴ les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence,
- ∴ les demandes relatives à la procréation ou à la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- ∴ les dommages survenus au bénéficiaire se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,
- ∴ les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
- ∴ les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple), les frais d'appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires, orthopédiques notamment),
- ∴ les frais de secours et de recherches de toute nature,
- ∴ les frais de soins dentaires supérieurs à 160 euros TTC,
- ∴ les frais engagés en France qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans le pays de résidence habituelle,
- ∴ les frais engagés sans accord préalable d'Harmonie Santé Services et non expressément prévus par la présente notice d'information, les frais non justifiés par des documents originaux,
- ∴ les frais liés à la prise en charge d'états pathologiques ne relevant pas de l'urgence, les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination, les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés dans le pays de résidence habituelle, les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- ∴ les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques engagés dans le pays de résidence habituelle qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie, blessure(s) ou accident survenus hors du pays de résidence habituelle du bénéficiaire,
- ∴ les frais occasionnés par la pratique d'un sport violent (sport de lutte (avec ou sans armes blanches), art martiaux et boxe) ou sports extrêmes basée sur le milieu dans lequel ils sont pratiqués : les sports aériens (base jump, saut à élastique, vol à voile, parapente, deltaplane, saut en parachute) ; sports terrestres (alpinisme, escalade) et les sports aquatiques (barefoot, plongeon de haut vol, apnée) exercés en club ou en compétition, en amateur ou en professionnel,
- ∴ les greffes ou ablations d'organes, de tissus ou de cellules,
- ∴ les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le jour du départ en voyage et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse au-delà de la 28^{ème} semaine,

- ∴ les litiges dont le bénéficiaire avait connaissance lors de l'adhésion aux garanties d'assistance,
- ∴ les voyages entrepris et les frais engagés dans un but de diagnostic et/ou de traitement lié à un état pathologique antérieur,
- ∴ tout acte intentionnel de la part du bénéficiaire pouvant entraîner la mise en œuvre des garanties d'assistance,
- ∴ toute imprudence ou risque inutile pris par le bénéficiaire, ou tout manquement de sa part à prendre des mesures raisonnables de précaution, sauf s'il a agi pour tenter de sauver une personne en danger,
- ∴ un fait générateur trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistante(s) diagnostiquée(s) et/ou traitée(s) ayant fait l'objet d'une hospitalisation (hospitalisation continue, hospitalisation de jour ou ambulatoire) dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, qu'il s'agisse d'une manifestation ou de l'aggravation dudit état.

De même, le bénéficiaire n'est pas couvert s'il voyage dans les cas suivants :

- ∴ contrairement à l'avis de son médecin, après avoir reçu un diagnostic de maladie chronique en phase terminale,
- ∴ lors d'une période de maladie, de traitement important ou d'incapacité à travailler, s'il doit subir une opération chirurgicale, sans que cela n'ait été encore fait.

Concernant les remboursements des frais médicaux à l'étranger :

Les garanties sont mises en œuvre sans préjudice des dispositions des articles L.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des textes pris pour leur application. À ce titre sont exclues, la prise en charge des franchises médicales et des participations forfaitaires dans l'hypothèse où elles ont été appliquées par la Sécurité sociale.

Article 27 • Nullité de la prestation

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par Harmonie Santé Services, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, Harmonie Santé Services étant déchargé de toute obligation.

En aucun cas, Harmonie Santé Services ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

Article 28 • Recours

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer Harmonie Santé Services de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

Article 29 • Subrogation

Harmonie Santé Services est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par Harmonie Santé Services ; c'est-à-dire qu'Harmonie Santé Services effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

Article 30 • Prescription

Toutes les actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- ∴ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Harmonie Santé Services 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 Harmonie Santé Services 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 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. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par Harmonie Santé Services à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à Harmonie Santé Services, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

Article 31 • Protection des données personnelles

Les données personnelles du bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (RMA) (ci-avant « Harmonie Santé Services » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement automatisé.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des bénéficiaires. À défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des bénéficiaires. Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, Harmonie Santé Services met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par Harmonie Santé Services sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, Harmonie Santé Services met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

Les données de santé du bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par Harmonie Santé Services.

Le traitement des données personnelles du bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de Harmonie Santé Services et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

À l'exception des données strictement liées à la santé telles que définies par les articles 1111-7 et suivants du Code de la santé publique, toutes les autres informations personnelles collectées dans le cadre du service d'assistance, et notamment les données d'usage, sont susceptibles d'être transmises à Harmonie Mutuelle en tant que souscripteur du contrat d'assistance à adhésion obligatoire. Ces données seront utilisées par Harmonie Mutuelle à des fins d'amélioration de la relation avec les bénéficiaires ainsi que pour toutes actions de fidélisation et/ou de prospection consécutives, dont notamment :

- suivi détaillé de l'utilisation du service par les bénéficiaires de prestations d'assistance aux fins d'améliorer l'adéquation des services aux besoins des bénéficiaires et aux besoins sociétaux et d'être en mesure de proposer une meilleure personnalisation des services d'assistance et/ou de prévention ou de nouvelles actions d'assistance et/ou de prévention ;
- suivi de l'activité du prestataire d'assistance « Harmonie Santé Services » et de la qualité des services délivrés, notamment par la mesure de la satisfaction des bénéficiaires de prestations d'assistance.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Économique Européen.

Les données personnelles des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès d'Harmonie Santé Services.

Le bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA - DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou Cedex.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : OPPOSETEL - Service Bloctel, 06, rue Nicolas Siret - 10000 Troyes, ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

Article 32 • Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter RMA, dénommée « Harmonie Santé Services » dans la présente notice d'information, à l'adresse du siège social : RMA - Direction Assistance et Accompagnement - 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, par mail (mediation@mutualite.fr) ou à l'adresse suivante : Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15.

Article 33 • Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

Ressources Mutuelles Assistance, Union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRBOATR28.

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.



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

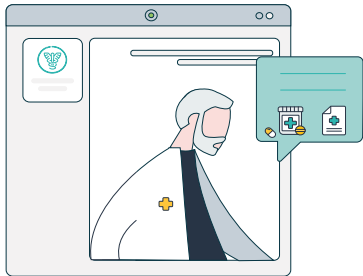
AVANÇONS *collectif*



Continuez à prendre soin de votre santé

Depuis le début de l'épidémie COVID19, la fréquentation des cabinets de médecins généralistes et spécialistes a chuté significativement. Les malades chroniques sont principalement concernés par des risques de complications graves en cas de négligence mais aussi de nombreuses pathologies (concernant adultes et enfants) qui semblent à première vue bénignes, mais qui pourraient s'aggraver si elles n'étaient pas prises en charge. Les pouvoirs publics et les autorités sanitaires ne cessent de le répéter :

N'attendez pas que votre santé se dégrade, consultez ou téléconsultez !



Votre premier réflexe : contactez votre médecin traitant !

Et s'il n'est pas disponible ou si vous n'en avez pas, téléconsultez avec MesDocteurs depuis votre espace adhérents.

Exemples de pathologies prises en charge par la téléconsultation :

- + les troubles digestifs : reflux, nausées, brûlures gastriques, diarrhées, constipation, ballonnements ...
- + les affections cutanées : grains de beauté suspects, démangeaisons, érythème, eczéma, herpès, mycoses
- + les allergies cutanées ou alimentaires ou encore les rhinites allergiques
- + les infections urinaires
- + les affections ORL : maux de gorge, sinusite, etc...
- + les problèmes dentaires pour suspicions d'abcès pour un traitement de 1er recours...)
- + les soucis ophtalmologiques : oeil rouge et infection oculaire
- + les problèmes d'anxiété, les troubles psychiques, les troubles du sommeil
- + mais aussi le renouvellement d'ordonnances récurrentes sur présentation des ordonnances précédentes (contraception, anti-migraineux...).

Vous êtes atteint d'une maladie chronique ?
La téléconsultation MesDocteurs vous sera utile :



- + pour votre renouvellement d'ordonnances sur une courte période
- + pour une interprétation de résultats de biologie, de radiologie ou d'auto-mesure (comme la tension par exemple)

La communauté médicale de MesDocteurs est à votre service



Des médecins généralistes et spécialistes (dermatologues, dentistes, gynécologues, ophtalmologues, psychiatres) vous répondent sans rendez-vous, 7j/7 et 24h/24. Accédez à MesDocteurs depuis votre espace adhérent sur votre ordinateur, votre mobile ou votre tablette.

Ce service de téléconsultation médicale est inclus dans votre contrat de complémentaire santé, sans avance de frais.



Le maintien de vos garanties

Suspension de contrat de travail non indemnisé

En cas de suspension de contrat de travail non indemnisé (congs sans solde de type congé parental ou sabbatique), vous pouvez maintenir votre couverture santé en vous acquittant de la cotisation totale (part salariale et part patronale).

Pour toute demande d'affiliation, rapprochez-vous de votre unité de gestion, afin de compléter un bulletin d'adhésion.

Portabilité

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à la prise en charge de la portabilité par le régime d'assurance chômage, les garanties pourront être maintenues sous certaines conditions pour une durée de 12 mois maximum (article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale). Les modalités de maintien sont communiquées par votre employeur.

Pour bénéficier de la portabilité, transmettez vos justificatifs d'indemnisation Pôle Emploi à votre unité de gestion, dans le mois qui suit le départ de la société.

Départ à la retraite

Lors d'un départ à la retraite, plusieurs possibilités s'offrent à vous :

- Maintien des garanties dont vous bénéficiez en tant qu'actif pour vous-même et vos ayants droit. L'ensemble des opérations de gestion relatives à votre contrat reste inchangé ainsi que vos interlocuteurs habituels Henner. Pour bénéficier de ce maintien, rapprochez-vous de votre unité de gestion et complétez le bulletin d'adhésion correspondant.
- Maintien « Loi Evin » (Article 4 loi Evin 31 décembre 1989) des garanties à l'identique, uniquement pour vous-même.
 - ✓ La première année, la cotisation est identique à celle des actifs
 - ✓ La deuxième année, la cotisation est majorée de 25 %
 - ✓ La troisième année, la cotisation est majorée de 50 %

Pour bénéficier de ce maintien, rapprochez-vous, dans les 6 mois suivant votre sortie des effectifs, de votre contact de gestion dédié.

« Pour les salariés partant à la retraite, le maintien de couverture portera uniquement sur les garanties frais de santé. Sont aussi exclues du maintien, la Garanties Obsèques et les garanties d'assistance. »

Offre contrat individuel Henner

Lorsque vous quittez les effectifs de votre entreprise, vous pouvez également souscrire un contrat complémentaire santé individuel Henner et bénéficier d'un tarif préférentiel, à savoir une remise de 10 % sur le montant de la cotisation. La gestion de votre contrat continue d'être assurée par Henner.

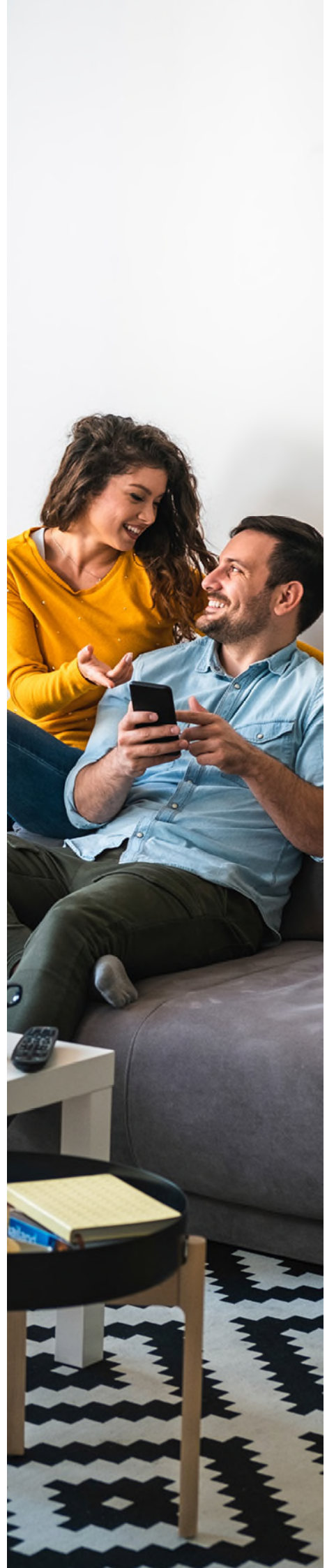
Pour obtenir un devis, contactez les équipes Henner aux coordonnées ci-dessous :

Email : sante.individuels@henner.fr

Téléphone : 03.28.76.37.37



Vos services Henner et vos démarches



Les fonctionnalités de votre espace client

Comment vous connecter à votre espace client ?

En ligne (l'adresse internet est indiquée sur votre carte d'assuré) ou via votre application mobile Henner+. Pour vous connecter, renseignez :

Votre identifiant internet :

N° d'adhérent figurant sur votre carte d'assuré.
Vos identifiants vous sont également adressés, lors de votre affiliation, par email ou par courrier si vous n'avez pas communiqué d'adresse email.

Votre mot de passe :

En cas de première connexion ou si vous n'avez pas votre mot de passe, cliquez sur « Première connexion / mot de passe oublié ».



Carte d'assuré

Téléchargez votre carte d'assuré



Géolocalisation

Géolocalisez les professionnels de santé partenaires du réseau Carte Blanche près de chez vous



Remboursements

Envoyez votre justificatif par scan ou photo* et suivez l'avancement de votre demande



Décomptes

Consultez le détail de vos remboursements et téléchargez vos décomptes



Hospitalisation

Demandez une prise en charge hospitalière pour ne pas avancer les frais



Contrat

Retrouvez les informations relatives à votre contrat et modifiez vos coordonnées



Devis

Faites analyser vos devis optiques et dentaires avant d'engager des frais importants



Enfants

Déposez les justificatifs de vos enfants



Unité de gestion

Echangez avec votre unité de gestion



Prévention santé

Accédez à une plateforme dédiée à la prévention santé



Besoin d'un conseil ou d'une information complémentaire ?

Consultez notre aide en ligne et trouvez une réponse à vos questions en un clic.



Henner+



www.henner.com

*Pour les assurés bénéficiant de la télétransmission, possibilité d'envoyer une copie par scan ou photo, selon les modalités du contrat et sous réserve que l'assuré conserve pendant 24 mois les originaux pour nous les transmettre en cas de demande.

Votre carte d'assuré Henner

À quoi sert votre carte d'assuré ?

Votre carte d'assuré est une carte de tiers payant. En l'utilisant chez un professionnel de santé pratiquant le tiers payant, vous n'avez pas de frais à avancer. Henner règle vos dépenses directement au praticien, à hauteur des garanties de votre contrat.

Où pouvez-vous la trouver ?

Votre carte est disponible dans votre espace client et dans votre application mobile Henner+*. Dès votre affiliation, vos identifiants vous seront adressés par email ou par courrier si vous n'avez pas communiqué d'adresse email.

1 Identifiant internet pour la connexion à votre espace client



2 Actes bénéficiant du tiers payant



3 Coordonnées de votre unité de gestion

4 Adresse internet de votre espace client

5 Bénéficiaires de votre contrat

* Téléchargeable gratuitement sur Google Play ou sur l'App Store

Grâce à votre complémentaire santé Henner, vous bénéficiez du réseau de soins Carte Blanche composé de près de 280 000 professionnels de santé partenaires. Découvrez ses nombreux services et avantages.

Qu'est-ce que le réseau de soins Carte Blanche ?

Le réseau de soins Carte Blanche est un regroupement de 280 000 professionnels de santé sélectionnés sur la base de critères qualité précis. Son objectif principal est de vous aider à mieux gérer votre budget santé et de faire baisser vos dépenses de santé pour certains soins moins bien remboursés par l'Assurance Maladie, tels que l'optique, le dentaire et l'audiologie.

Quels sont les avantages du réseau Carte Blanche ?

- Avec votre carte d'assuré ouvrant droit au tiers payant, vous n'avancez pas les frais chez les professionnels de santé du réseau pratiquant le tiers payant, dans la limite de vos garanties.
- Vous bénéficiez de tarifs négociés en optique, dentaire et audiologie.
- Vous êtes pris en charge dans des conditions optimales chez les professionnels partenaires, rigoureusement sélectionnés.
- Des réseaux complémentaires de professionnels paramédicaux peuvent également vous appliquer des tarifs préférentiels : réseau prévention (ostéopathes), réseau podologie, réseau diététique.
- Vous avez accès à de multiples services et informations pratiques sur la santé, la prévention et le bien-être. Nos équipes dédiées vous accompagnent dans vos démarches de santé au quotidien.

Comment accéder à vos services et identifier un professionnel de santé partenaire ?

Retrouvez l'ensemble des services Carte Blanche, dont l'annuaire de géolocalisation des professionnels de santé, sur votre espace Client Henner : clients.henner.com ou sur l'application [Henner+](#)



Votre identifiant est indiqué sur votre carte d'assuré ouvrant droit au tiers payant.

Accès au tiers payant en :



Optique



Dentaire



Audiologie



Pharmacie




Hospitalisation



**Laboratoires
d'analyses /
Radiologues**

Les tarifs préférentiels Carte Blanche



Optique

Jusqu'à **40 % de remise**



Dentaire

Jusqu'à **10 % de remise**




Audiologie

Jusqu'à **20 % de remise**

Et pour l'optique, l'offre packagée Carte Blanche - Prysme

Votre équipement optique de qualité sans reste à charge



Des verres issus de verriers de qualité

mondialement reconnus
(Essilor, Hoya, Nikon, Seiko, Carl Zeiss vision)



42 montures
de marque

1796  NAF NAF  KAPORAL 

adaptées à toutes les morphologies

Comment cela fonctionne ?

- Lorsque vous vous rendez chez un opticien partenaire, pensez à lui présenter votre carte d'assuré ouvrant droit au tiers payant.
- En fonction des équipements (monture + verres ou lentilles) que vous avez choisis, l'opticien vous fera un devis en temps réel. Vous n'avez pas de frais à avancer.

Vous bénéficiez de tarifs négociés en optique, dentaire et audiologie.

Les services complémentaires Carte Blanche compris dans votre contrat



Outil de géolocalisation

Pour trouver un professionnel de santé à proximité



Essayage virtuel de monture

Essayer des montures en ligne de l'offre Carte Blanche - Prysme

Votre unité de gestion



Votre unité de gestion vous accompagne au quotidien grâce à des interlocuteurs disponibles qui vous conseillent dans la gestion de votre contrat complémentaire santé et dans vos demandes.



Comment contacter votre unité de gestion ?

Votre unité de gestion est ouverte de 8h00 à 18h30, du lundi au vendredi

HENNER – UG 50
TSA 51935
92894 NANTERRE CEDEX 9
Tél : 03.28.76.37.00
aptar@henner.fr

Une permanence téléphonique est assurée 24h/24 et 7/7j.

La télétransmission

Henner se charge de mettre en place la télétransmission !

Dès que votre affiliation est enregistrée, Henner se charge de mettre en place la télétransmission auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Pour vous assurer que votre CPAM a bien validé la demande de télétransmission, vérifiez que le message « Henner SAS recevra directement ce décompte » est indiqué dans vos décomptes de l'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous bénéficiez de la télétransmission. Plus besoin de nous envoyer vos décomptes de l'Assurance Maladie, celle-ci nous les transmet directement.



Vous bénéficiez de la télétransmission

Grâce à la télétransmission, plus besoin d'envoyer votre décompte de l'Assurance Maladie. Cependant, des pièces justificatives peuvent vous être demandées (voir rubrique « envoyez vos pièces justificatives »). Dans ce cas, envoyez-les à votre unité de gestion par email ou par courrier. Pensez à nous informer de toute modification susceptible de perturber la télétransmission (déménagement, affiliation à un autre régime ou entrée dans la vie active de votre enfant...).



Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission

Adressez-nous les décomptes de l'Assurance Maladie (ameli.fr) et, éventuellement, les décomptes établis par d'autres organismes complémentaires, ainsi que les pièces justificatives énoncées dans le tableau ci-après (rubrique « envoyez vos pièces justificatives »). Vous pouvez à tout moment choisir de bénéficier de la télétransmission en nous adressant la photocopie de votre attestation de carte Vitale et en vous connectant sur le site ameli.fr.



Vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission

Spécifiez-le lors de votre affiliation ou auprès de votre unité de gestion en précisant les membres de la famille concernés.



Votre conjoint bénéficie de la télétransmission auprès d'une autre complémentaire santé

Si votre conjoint est inscrit sur votre contrat et bénéficie de sa propre complémentaire santé, il doit d'abord obtenir les remboursements de son propre contrat. En cas de reste à charge, il peut nous adresser les décomptes originaux de sa complémentaire santé pour le remboursement de celui-ci (selon les garanties de votre contrat).



La télétransmission fonctionne sur une seule complémentaire santé uniquement. Chaque enfant peut être rattaché aux deux numéros de Sécurité sociale des deux parents et ainsi bénéficier de la télétransmission vers l'une ou l'autre couverture.

Le tiers payant

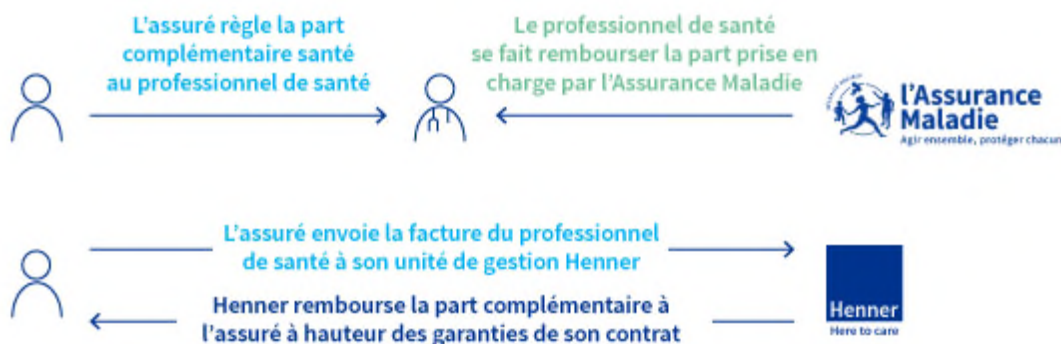
Le tiers payant est un dispositif qui permet, lors de la consultation d'un médecin ou de l'achat de médicaments prescrits sur ordonnance, de ne pas avoir à avancer la part remboursée par l'Assurance Maladie et/ou celle de votre complémentaire santé. Il existe plusieurs types de tiers payant :

Tiers payant total

Le professionnel de santé que vous consultez peut vous proposer le tiers payant total. Dans ce cas, il vous suffit de lui présenter votre carte Vitale et votre carte d'assuré Henner ouvrant droit au tiers payant. **Vous n'avez aucun frais à avancer ni aucune démarche à effectuer.** L'Assurance Maladie et votre complémentaire santé versent directement le montant dont vous êtes exonéré au professionnel de santé.

Tiers payant partiel

En cas de tiers payant partiel, seule la part de l'Assurance Maladie est prise en charge, sur présentation de votre carte Vitale. Vous devez donc régler au professionnel de santé la part complémentaire santé et envoyer ensuite votre facture à votre unité de gestion Henner afin d'être remboursé à hauteur de vos garanties.



A savoir : si vous bénéficiez de la télétransmission, Henner vous rembourse automatiquement ⁽¹⁾ 90 jours après réception des informations de votre caisse (pour être remboursé plus rapidement, vous devez envoyer vos justificatifs de paiement, par photo ou scann, depuis votre espace client). Afin de simplifier vos démarches et optimiser le délai de remboursement une nouvelle fonctionnalité est accessible depuis votre espace client (site et appli), rubrique « Mes événements », puis « Paiement(s) en attente de votre confirmation » vous permettant, en 1 clic, de confirmer la somme réglée par vos soins ⁽²⁾ au professionnel de **santé consulté dans le cadre du tiers payant partiel.**

(1) à hauteur des garanties de votre contrat

(2) dans certains cas, des justificatifs de paiement peuvent vous être demandés.

Absence de tiers payant

Lorsque le professionnel de santé ne pratique pas de tiers payant, vous devez régler l'intégralité de la consultation ou des soins. Sur présentation de votre carte Vitale, et si vous bénéficiez de la télétransmission, **vous n'avez aucune démarche administrative à réaliser.** Les remboursements de la part de l'Assurance Maladie et de la part de votre complémentaire santé Henner se font automatiquement. Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, vous devez adresser le décompte original de l'Assurance Maladie à Henner pour, être remboursé de la part complémentaire (selon les garanties de votre contrat).



A savoir : pour être mieux remboursé, il est nécessaire de respecter le parcours de soins coordonnés mis en place par la Sécurité sociale. Si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant, ou si vous consultez un autre médecin que votre médecin traitant sans être orienté par celui-ci, vous êtes hors du parcours de soins coordonnés. Dans ce cas, vos consultations sont moins bien remboursées.

Vos demandes de remboursement en un clic

**Vous souhaitez faire une demande de remboursement ?
Envoyez-nous vos factures directement en ligne !**



Depuis votre espace client

Depuis la page d'accueil, cliquez sur
« **Demander un remboursement** »
ou bien depuis le menu, cliquez sur
« **Mes demandes** ».



Depuis votre application mobile

Depuis la page d'accueil, cliquez sur
« **Demander un remboursement** ».

Et pour vous garantir un remboursement rapide de vos factures

- Nommez votre demande
- Joignez vos pièces justificatives, telles que vos factures, et, si besoin, vos prescriptions médicales
- Précisez le montant*, la devise de vos dépenses et le bénéficiaire
- Envoyez votre demande de remboursement

Les avantages



**Suivi en temps réel de l'avancement
de votre demande**



**Demandes de remboursement
traitées sous 48h**

*Si le montant de votre demande de remboursement en ligne est supérieur à 1000 euros, envoyez-nous vos factures par voie postale.

Envoyez vos pièces justificatives

Pour optimiser le délai de remboursement, n'attendez pas le remboursement de l'Assurance Maladie ! Envoyez vos pièces justificatives à votre unité de gestion en indiquant votre numéro de Sécurité sociale pour les actes pris en charge par votre contrat.

Actes nécessitant l'envoi de pièces justificatives

Pièces justificatives

Frais d'optique, chirurgie réfractive	<p>Facture originale* détaillée et acquittée</p> <p>Pour les lunettes, prescription médicale datant de moins de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans - 5 ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans - 3 ans, pour les patients âgés de plus de 42 ans <p>Sauf limite appliquée par le professionnel de santé</p> <p>Pour les lentilles cornéennes et jetables, prescription médicale datant de moins de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans - 3 ans, pour les patients âgés de plus de 16 ans <p>Sauf limite appliquée par le professionnel de santé</p>
Prothèses dentaires et soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires	Facture originale* détaillée et acquittée
Prothèses auditives	
Autres prothèses (appareillage médical...)	
Orthodontie en cas de dépassement d'honoraires	Facture originale* détaillée et acquittée concernant les actes dont le coefficient > 20 (ex : TO 90) avec indication de la date de début et de fin du traitement de la période facturée
Auxiliaires médicaux	Facture originale* détaillée et acquittée
Frais de transport	
Médecines douces non prises en charge par l'Assurance Maladie (ostéopathie, acupuncture, chiropractie...)	Facture originale* détaillée et acquittée
Hospitalisation Si vous n'avez pas bénéficié d'une prise en charge directe par Henner	Bordereau AMC (Assurance Maladie Complémentaire) Facture originale* acquittée de l'établissement.
Maternité (autre que césarienne) Si votre garantie est exprimée dans la limite des frais engagés	Bordereau AMC (Assurance Maladie Complémentaire) Factures originales* acquittées de l'anesthésiste pour la péridurale, les frais de chambre particulière, les dépassements d'honoraires de l'obstétricien.
Maternité si votre contrat prévoit un forfait naissance	Extrait d'acte de naissance
Cure thermique	Facture originale* détaillée et acquittée de toutes les dépenses engagées
Ticket modérateur Notes d'honoraires réglées directement au praticien (hospitalisations) Soins à l'étranger	Facture originale* détaillée et acquittée

*Pour les assurés bénéficiant de la télétransmission, possibilité d'envoyer une copie par scan ou photo, selon les modalités du contrat et sous réserve que l'assuré conserve pendant 24 mois les originaux pour nous les transmettre en cas de demande.

Optimisez vos dépenses de santé

Vos dépenses de santé ont un impact sur vos cotisations.

Découvrez nos conseils pour bien utiliser votre complémentaire santé.



PRIVILEGIEZ LES PRATICIENS MEMBRES DU RESEAU CARTE BLANCHE

Le réseau Carte Blanche vous permet de bénéficier de tarifs avantageux négociés (notamment en optique) et à des informations pratiques (prévention, bilan ...).



SUIVEZ LE PARCOURS DE SOINS

En choisissant votre médecin traitant et en le consultant en priorité, le remboursement de vos consultations demeure inchangé. En revanche, si vous n'avez pas encore de médecin traitant déclaré ou si vous ne respectez pas ce parcours, vous serez moins bien remboursé par l'Assurance Maladie.



CONSULTEZ VOTRE DENTISTE UNE FOIS PAR AN EN PREVENTION

Même si vous estimez que vos dents sont saines, ces contrôles réguliers éviteront d'engager des dépenses importantes par la suite.



DEMANDEZ UN DEVIS AUPRES DE PLUSIEURS PRATICIENS

En cas de dépenses importantes en dentaire ou en optique, Henner peut vérifier si les devis transmis sont sérieux et vous indique le montant remboursé par votre complémentaire santé.



INFORMEZ-VOUS SUR LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES PRATIQUES

Avant de prendre rendez-vous avec vos praticiens, connectez-vous sur le site de l'Assurance Maladie : amelie-direct.fr pour connaître les praticiens adhérents au DPTM et les établissements de soins conventionnés.



NE COMMUNIQUEZ JAMAIS LES MONTANTS DE VOS GARANTIES

Afin de ne pas offrir aux praticiens l'opportunité d'ajuster leurs tarifs en fonction du niveau des garanties de votre contrat.



INTERROGEZ VOS PHARMACIENS SUR LES MEDICAMENTS GENERIQUES

Ils sont vendus 30 % à 40 % moins chers que le médicament original.



Traitement des données à caractère personnel



Règlement Général sur la Protection des Données

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données et à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par HENNER SAS, 14 Boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine et votre Organisme Assureur dont l'identité et les coordonnées se trouvent dans votre contrat d'assurance.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, l'exécution et la gestion (y compris commerciale) de votre contrat d'assurance, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la lutte contre la fraude, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale, l'amélioration de la qualité des services et de la relation avec les assurés, la gestion des sites et applications et la gestion des demandes d'exercices de droits.

Certaines de vos données à caractère personnel sont susceptibles d'être transférées, pour les finalités précisées ci-dessus, en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du Groupe Henner ou vers des tiers. Ces transferts sont encadrés par des Clauses Contractuelles types de la Commission Européenne ou par tout autre instrument juridique garantissant ainsi un niveau de protection aussi élevé qu'en France.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, en demander la portabilité ou leur suppression. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données, en demander la limitation ou retirer votre consentement à tout moment. Enfin, vous avez également le droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez contacter notre service DPO par courrier à Henner, Délégué à la Protection des Données, Conformité/Relation Assureurs, 14 Boulevard du Général Leclerc 92 200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse email suivante : dpo@henner.com

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL : 3 Place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et pour exercer vos droits, reportez-vous à la Charte RGPD Assurés disponible sur votre Espace Client.



HENNER - UG 50
TSA 51935
92894 NANTERRE CEDEX 9
Tél : 03.28.76.37.00
aptar@henner.fr

Réclamation :

Vous avez la possibilité d'adresser une réclamation à votre unité de gestion. Pour en savoir plus, rendez-vous sur notre site internet : <https://henner.com/reclamations/>

***Here to care : Répondre présent à chaque moment.**

Document non contractuel

Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739
Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, www.acpr.banque-france.fr) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - www.henner.com - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur www.henner.com.

Crédits photo : © Gettyimages. 01/2024

