

Convention collective nationale

IDCC : **3203** | **STRUCTURES ASSOCIATIVES DE PÊCHE DE LOISIR
ET DE PROTECTION DU MILIEU AQUATIQUE**
(22 juin 2013)

Avenant n° 3 du 28 janvier 2020

à l'accord du 15 septembre 2015
relatif à la mise en place d'un régime de complémentaire santé

NOR : ASET2050339M

IDCC : 3203

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

SNSAPL,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

UNSA sport 3S ;

FNAF CGT ;

FEETS FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Il est rappelé que par accord collectif du 15 septembre 2015, les partenaires sociaux ont mis en place un régime complémentaire de remboursement de frais de santé obligatoire (ci-après « le régime de complémentaire santé »).

Ce régime a pour objectif de garantir l'accès de l'ensemble des salariés relevant de la Convention collective nationale des structures associatives de pêche de loisir et de protection du milieu aquatique, à une couverture collective de frais de santé de qualité.

Conformément à l'article 6 de l'accord collectif du 15 septembre 2015, la commission nationale paritaire de suivi s'est réunie en date du 25 septembre 2019 afin :

- d'étudier les rapports financiers et analyses commentés, établis et communiqués par l'organisme assureur ;
- d'émettre les propositions d'ajustement du régime au regard des résultats constatés ;
- et de soumettre à la CNPPNI toutes modifications corrélatives au présent accord et aux contrats de garanties collectives.

Compte tenu des résultats excédentaires constatés sur ces 3 dernières années, il est rappelé que les parties avaient décidé en 2018 et 2019 d'une diminution des taux de cotisations fixés par

l'accord initial, actée par avenant n° 1 du 7 décembre 2017 et avenant n° 2 du 28 novembre 2018, en fixant un taux d'appel des cotisations définies à l'article 4.3.1, à hauteur de 90 %. Dans le cadre de ces avenants, les garanties offertes aux bénéficiaires ont également été améliorées.

L'équilibre financier du régime et les résultats bénéficiaires constatés au titre de l'année 2019 ont conduit les parties à proposer le maintien, au titre de l'année 2020, des montants de cotisations appelées en 2019, telles que fixées par l'avenant n° 2 (taux de cotisations fixés par l'accord collectif du 15 septembre 2015 appelés à 90 % calculés sur la base du PMSS 2019).

Au-delà, les récentes évolutions légales et réglementaires intervenues en matière de frais de santé ont conduit les parties à échanger sur les modifications devant être apportées au régime collectif de frais de santé des salariés, afin de le mettre en conformité avec la réforme dite du « 100 % santé », issue de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale et ses décrets d'application.

Le présent avenant s'inscrit donc dans le cadre de la mise en conformité des garanties avec la réforme dite du « 100 % santé », visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires.

C'est dans ces conditions que les parties ont pris la décision, après validation par la CNPPNI lors d'une réunion du 25 septembre 2019, de réviser l'accord collectif du 15 septembre 2015, en application de son article 9, afin de :

- maintenir au titre de la seule année 2020, le montant des cotisations du régime complémentaire santé obligatoire et optionnel appliqué au titre de l'année 2019 ;
- mettre en conformité les garanties avec la réforme dite du « 100 % santé » ;
- améliorer la garantie « ostéopathie, chiropractie » dans les conditions mentionnées au tableau objet de l'annexe 1.

Il a donc été décidé et convenu ce qui suit, en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

Article 1^{er} | Taux de cotisations du régime de complémentaire santé obligatoire

L'article 4.3.1. « Régime de complémentaire santé obligatoire » de l'accord collectif du 15 septembre 2015, est complété à l'avant dernier alinéa de la clause suivante :

« Il est précisé que, compte tenu des résultats excédentaires du régime constatés en 2019, et afin de permettre le maintien des cotisations pour leur valeur applicable en 2019 au titre de l'année 2020, les taux de cotisations ci-dessus visés servant au financement de la couverture obligatoire des salariés seront pour une durée limitée à l'année 2020, appelés par l'organisme assureur à hauteur de 88,67 %. Le financement demeure réparti à 60 % employeur et 40 % salarié.

Il en résulte, en conséquence, pour l'année 2020, les taux d'appel de cotisations suivants :

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale – Cotisations 2020

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Régime obligatoire	1,1844 % du PMSS	1,7766 % du PMSS	2,961 % du PMSS

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle (régime local) – Cotisations 2020

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Régime obligatoire	0,8264 % du PMSS	1,2396 % du PMSS	2,066 % du PMSS

Salariés relevant du régime de la MSA – Cotisations 2020

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Régime obligatoire	1,11 % du PMSS	1,665 % du PMSS	2,775 % du PMSS

Salariés relevant du régime local de la MSA – Cotisations 2020

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Régime obligatoire	0,7768 % du PMSS	1,1652 % du PMSS	1,942 % du PMSS

Pour rappel, le montant du PMSS 2020 est fixé à 3,428 €. »

Article 2 | Taux de cotisations du régime surcomplémentaire santé optionnel

L'article 4.3.2. « Régime surcomplémentaire santé optionnel » de l'accord collectif du 15 septembre 2015, est complété au dernier alinéa de la clause suivante :

« Il est précisé que, compte tenu des résultats excédentaires du régime constatés en 2019, les taux de cotisations ci-dessus visés servant au financement de la couverture optionnelle des salariés seront pour une durée limitée à l'année 2020, appelés par l'organisme assureur dans les conditions suivantes. Le financement demeure intégralement à la charge du salarié.

Il en résulte, en conséquence, pour l'année 2020, les taux d'appel de cotisations suivants :

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale – Cotisations 2020

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,044 % du PMSS	–	0,044 % du PMSS
Par adulte	0,151 % du PMSS	–	0,151 % du PMSS

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle (régime local) – Cotisations 2020

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,044 % du PMSS	–	0,044 % du PMSS
Par adulte	0,151 % du PMSS	–	0,151 % du PMSS

Salariés relevant du régime de la MSA – Cotisations 2020

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,044 % du PMSS	–	0,044 % du PMSS
Par adulte	0,142 % du PMSS	–	0,142 % du PMSS

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,044 % du PMSS	–	0,044 % du PMSS
Par adulte	0,142 % du PMSS	–	0,142 % du PMSS

Article 3 | *Garanties du régime de complémentaire santé obligatoire*

Dans le cadre de la mise en conformité des garanties avec la réforme dite du « 100 % santé », le tableau résumant le niveau des garanties visé à l'article 5.1 de l'accord du 15 septembre 2015 et faisant l'objet d'une annexe 1 « Garanties collectives complémentaires santé obligatoire » est modifié afin d'intégrer les évolutions liées à la réforme, visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires.

Les parties ont également décidé d'améliorer la garantie « ostéopathie, chiropractie » dans les conditions mentionnées au tableau objet de l'annexe 1.

Article 4 | *Durée. Dépôt et publicité*

Le présent avenant s'incorpore à l'accord du 15 septembre 2015 (dernièrement révisé par l'avenant n° 2 en date du 28 novembre 2018), qu'il modifie.

Il prendra effet le 1^{er} janvier 2020.

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt et de publicité, dans les conditions prévues par la loi.

Dans tous les cas, les parties conviennent de se réunir avant le 31 décembre 2020 afin de dresser un bilan des conditions d'application de l'accord et d'envisager le cas échéant les évolutions susceptibles d'être apportées au régime de complémentaire de frais de santé.

Fait à Paris, le 28 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

**SANTÉ
ET
PRÉVOYANCE**



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

CCN DES STRUCTURES ASSOCIATIVES DE PÊCHE,
DE LOISIR ET DE PROTECTION DU MILIEU AQUATIQUE

PROTECTION SOCIALE
À DESTINATION DES SALARIÉS
Régime général

 **MUTEX**

 **Chorum**

OBLIGATION DE MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE SANTÉ ET DE PRÉVOYANCE POUR L'ENSEMBLE DE VOS SALARIÉS

Les partenaires sociaux négociateurs de la CCN des structures associatives de pêche et de protection du milieu aquatique ont mis en place un régime frais de santé et prévoyance pour l'ensemble de vos salariés.

Ainsi, les structures associatives de pêche et de loisir relevant de cette CCN sont tenues de souscrire un contrat de frais de santé et de prévoyance en faveur de l'ensemble des salariés.

Forts de leur expérience dans la mise en œuvre de complémentaire santé et prévoyance au sein des entreprises, **Harmonie Mutuelle et Mutex, ont été recommandés afin de vous accompagner pour décliner ce régime professionnel dans votre structure associative, aux meilleures conditions.**



Une offre santé et prévoyance complète

En choisissant Harmonie Mutuelle et Mutex, vous offrez à vos salariés une couverture santé et prévoyance performante tout en bénéficiant d'avantages pour votre structure associative.

Harmonie Mutuelle, 1^{re} mutuelle santé de France !

- 4 543 953 personnes protégées,
- 66 685 entreprises adhérentes,
- Plus de 230 agences
- 4 445 collaborateurs

Les plus

VOTRE STRUCTURE

» Votre budget maîtrisé.

Un tarif réellement attractif et des dépenses optiques réduites grâce aux tarifs négociés dans notre réseau d'opticiens agréés.

» Une mise en place du contrat rapide et simple.

Nous diffusons efficacement à l'ensemble des salariés l'information relative au contrat mis en place (notices d'utilisation, emailing, contenu intranet...).

» Un accompagnement juridique, fiscal et technique.

Dans un environnement complexe et évolutif, nos experts en protection sociale vous conseillent au mieux de vos intérêts.

POUR VOS COLLABORATEURS

» Un tarif de groupe.

» KALIXIA, le réseau partenaires pour limiter les restes à charge

Auprès de plus de 5 200 opticiens : jusqu'à 40 % de réduction sur le prix des verres.

Chorum Facilit' service gratuit et simple d'accès qui propose aux assurés gérés par CHORUM :

» des solutions pratiques, dossiers thématiques et conseils concrets rédigés par des professionnels de l'accompagnement, disponibles sur un site web dédié,

» une écoute individuelle et un diagnostic personnalisé, réalisé par des professionnels qui orienteront les salariés vers les solutions les mieux adaptées à leur situation, qu'il s'agisse de dispositifs existants ou spécifiquement mis en place par Chorum.

Pour aller plus loin dans son engagement au service des branches professionnelles, CHORUM a créé CIDES : Chorum Initiatives pour le Développement de l'Économie sociale.



VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2020
Régime général

Soins courants			
Soins médicaux et paramédicaux			
Consultations, visites : généralistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	TM	TM + 25% BR
- Autres praticiens	70%	TM	TM + 5% BR
Consultations, visites : spécialistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	125 % BR	175 % BR
- Autres praticiens	70%	105 % BR	130 % BR
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60%	TM	TM
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65%	TM	TM
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)			
Médicaments à SMR important	65%	TM	TM
Médicaments à SMR modéré	30%	TM	TM
Médicaments à SMR faible	15%	TM	TM
Analyses et examens			
Actes techniques médicaux			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	200 % BR	200 % BR
- Autres praticiens	70%	130 % BR	130 % BR
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée, échographie			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	TM	TM
- Autres praticiens	70%	TM	TM
Examens de laboratoires	60%	TM	TM
Appareillages et accessoires médicaux			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60%	200 % BR	200 % BR
Aides auditives			
Équipement 100 % Santé ⁽²⁾⁽³⁾		100 % Santé	100 % Santé
Équipement à tarif libre ⁽²⁾⁽³⁾	60%	TM	TM + 30 % PMSS/ Appareil
Piles	60%	TM	TM
⁽²⁾ Tel quel défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. ⁽³⁾ Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive			
Cures thermales			
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	65 % ou 70 %	TM 10 % PMSS	TM 10 % PMSS
Hospitalisation			
Frais de séjour	80% ou 100%	200 % BR	200 % BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	250 % BR	250 % BR
- Autres praticiens	80% ou 100%	100 % BR	100 % BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	TM	TM
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée ⁽⁴⁾⁽⁵⁾		2 % PMSS/Jour	2 % PMSS/Jour
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁶⁾		15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant -12 ans		1 % PMSS/Jour	1 % PMSS/Jour
Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. ⁽⁴⁾ Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. ⁽⁵⁾ Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire. ⁽⁶⁾ Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.			
Maternité			
Chambre particulière avec nuitée ⁽⁴⁾		2 % PMSS/Jour	2 % PMSS/Jour
Indemnité de naissance ⁽⁷⁾		10 % PMSS	10 % PMSS
⁽⁴⁾ Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. ⁽⁷⁾ Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.			

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ (suite)

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2020
Régime général

Optique		AXSAA00042		AXSAA00267	
Équipement 100 % Santé ⁽²⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾			100 % Santé		100 % Santé
- Monture			100 % Santé		100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau					
Équipement à tarif libre ⁽²⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾					
- Monture	60%	60 % + 100 €		60 % + 100 €	
- Par verre					
- Simple	60%	60 % + 100 €		60 % + 100 €	
- Complexe	60%	60 % + 210 €		60 % + 210 €	
- Très complexe	60%	60 % + 280 €		60 % + 280 €	
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60%	TM		TM	
Verres avec filtre	60%	TM		TM	
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	TM		TM	
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60%	TM + 8 % PMSS/An		TM + 8 % PMSS/An	
Lentilles Refusées par le régime obligatoire		8 % PMSS/An		8 % PMSS/An	
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil		350 €/Oeil		500 €/Oeil	

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (8) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (9) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre). (10) - **Verres simples** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. - **Verres complexes** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. - **Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie. Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. (11) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 100 € pour la monture.

Dentaire			
Soins	70%	TM	TM
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹²⁾		100 % Santé	100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽¹²⁾			
- Prothèses fixes sur dents visibles	70%	360 % BR	400 % BR
- Prothèses fixes sur dents non visibles	70%	200 % BR	250 % BR
- Inlay-Core	70%	120 % BR	170 % BR
- Prothèses transitoires	70%	280 % BR	280 % BR
- Inlay onlay	70%	300 % BR	300 % BR
- Prothèses amovibles	70%	280 % BR	400 % BR
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres			
- Prothèses fixes sur dents visibles	70%	360 % BR	400 % BR
- Prothèses fixes sur dents non visibles	70%	200 % BR	250 % BR
- Inlay-core	70%	120 % BR	170 % BR
- Prothèses transitoires	70%	280 % BR	280 % BR
- Inlay onlay	70%	300 % BR	300 % BR
- Prothèses amovibles	70%	280 % BR	400 % BR
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire ⁽¹³⁾		300 €/Acte	300 €/Acte
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100%	250 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			100 €/an

Les remboursements de la mutuelle : - concernant les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM). - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établie par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisés par la cellule dentaire de la mutuelle. (12) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (13) Les 2ème et 3ème tiers du bridge ne sont pas remboursables.

Médecines complémentaires			
Ostéopathie, Chiropractie ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾		30 €/Séance	40 €/Séance
(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (15) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINISS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné. (16) Limitée à 3 séances/an			
Prévention			
Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire (selon liste) ⁽¹⁴⁾		100 €/An	100 €/An
(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).			
Harmonie Santé Services			
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)		Oui	Oui

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : • déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008), • déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT 2020

GARANTIE DE BASE

Régime général

EXEMPLES	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de la Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement tarif libre)	345,00 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €	Équipement adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires (prothèse tarif maîtrisé)	538,70 €	84,00 €	432,00 €	22,70 €	Honoraire limite de facturation : 550,00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse tarif libre)	538,70 €	75,25 €	215,00 €	248,45 €		Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100,00 €	210,00 €	140,00 €	750,00 €	>20 ans	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille (équipement tarif libre)	1 476,00 €	210,00 €	140,00 €	1 126,00 €	>20 ans	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	24,15 €	16,75 €		Prix moyen national de l'acte

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT 2020

GARANTIE DE BASE + OPTION

Régime général

EXEMPLES	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de la Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement tarif libre)	345,00 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €	"Équipement adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €"	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires (prothèse tarif maîtrisé)	538,70 €	84,00 €	454,70 €	0 €	Honoraire limite de facturation : 550,00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse tarif libre)	538,70 €	75,25 €	268,75 €	194,70 €		Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100,00 €	210,00 €	890,00 €	0 €	>20 ans	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille (équipement tarif libre)	1 476,00 €	210,00 €	1 167,20 €	98,80 €	>20 ans	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	29,90 €	11,00 €		Prix moyen national de l'acte

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE

Nous nous engageons à vos côtés et vous apportons des solutions performantes pour une **prévoyance collective répondant à vos besoins**.

LIBELLES DES GARANTIES	GARANTIES EN % DU SALAIRE BRUT TA TB
Décès — IAD (Invalidité Absolue et Définitive) : Toutes causes • Quelle que soit la situation de famille • Majoration par enfant à charge	100 % 25 %
Décès toute cause — IAD (Invalidité Absolue et Définitive) : Par accident • Versement d'un capital supplémentaire	100 % du capital décès toutes causes
Allocation obsèques • En cas de décès de l'assuré, du conjoint ou d'un enfant à charge âgé de + de 12 ans	100 % du PMSS. Limités aux frais réellement engagés
Rente éducation • 0 à 11 ans • 11 à 18 ans • 18 à 26 ans (en cas de poursuite d'études)	5 % / 7,5 % / 10 %
Incapacité de travail • Indemnité journalières	Relais de la Mensualisation 80 % ⁽¹⁾
Invalidité de travail • 1 ^{ère} catégorie • 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie	60 % ⁽¹⁾ de la rente 2 ^{ème} catégorie / 80 % ⁽¹⁾

(1) Le total des indemnités Sécurité Sociale et indemnités journalières ne peut excéder 100 % du salaire net.

OPTIONS ⁽²⁾

MAINTIEN DE SALAIRE

Maintien du salaire en application des dispositions de la Loi de Mensualisation de 1978 (y compris 10 % de charges patronales)

RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE VISANT LES CADRES (RESPECT CCN 1947)

Décès toute cause / IAD Majoration par enfant à charge	+ 160 % + 40 % par enfant à charge
--	---------------------------------------

(2) Options exclusivement à charge de l'employeur

PARAGRAPHE imageur - 11/19 - Crédits photos: FNPF, L. Madelon, Document commercial.



Chorum conseil (distributeur de l'offre prévoyance et santé) : SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1.539.000€
RCS Nanterre 833 426 851 — répertoire ORIAS 170 073 20 Siège social : 4-8 rue Gambetta - 92240 MALAKOFF
Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 612-6 et L 612-7 du Code des assurances -
sous le contrôle de l'ACPR - 4 Place de Budapest, 75436 Paris - (www.acpr.banque-france.fr) exerce son activité en application
des dispositions de l'article L 520-1 II b du Code des assurances, la liste des assureurs partenaires est disponible sur demande
Capital social détenu à hauteur de 97% par VYV INVEST dont le siège social est sis 33, avenue du Maine — Tour Montparnasse
— BP 25 - 75755 Paris Cedex 15, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro SIREN 839 314 242 Réclamation : CHORUM
CONSEIL - Service Réclamation — 4-8 rue Gambetta — 92240 Malakoff Médiation : le Médiateur de l'Assurance est compétent
pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre
courtier. Il peut être saisi par La Médiation de l'Assurance, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09

Harmonie mutuelle (assureur et distributeur de l'offre santé) : 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 96950QJLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

Mutex (assureur de l'offre prévoyance) : Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des
sociétés de Nanterre sous le n°529 219 040,
Siège social : 140 avenue de la République CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

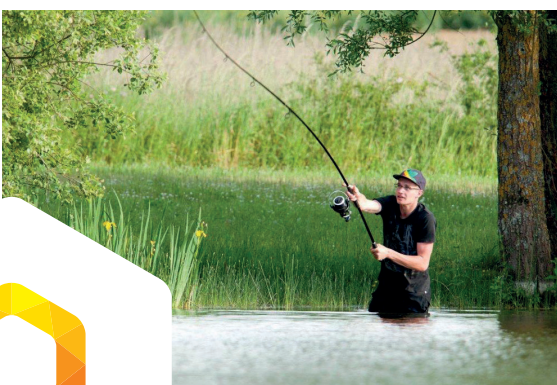


**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

SANTÉ
ET
PRÉVOYANCE



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

CCN DES STRUCTURES ASSOCIATIVES DE PÊCHE,
DE LOISIR ET DE PROTECTION DU MILIEU AQUATIQUE

PROTECTION SOCIALE
À DESTINATION DES SALARIÉS
Régime local



OBLIGATION DE MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE SANTÉ ET DE PRÉVOYANCE POUR L'ENSEMBLE DE VOS SALARIÉS

Les partenaires sociaux négociateurs de la CCN des structures associatives de pêche et de protection du milieu aquatique ont mis en place un régime frais de santé et prévoyance pour l'ensemble de vos salariés.

Ainsi, les structures associatives de pêche et de loisir relevant de cette CCN sont tenues de souscrire un contrat de frais de santé et de prévoyance en faveur de l'ensemble des salariés.

Forts de leur expérience dans la mise en œuvre de complémentaire santé et prévoyance au sein des entreprises, **Harmonie Mutuelle et Mutex, ont été recommandés afin de vous accompagner pour décliner ce régime professionnel dans votre structure associative, aux meilleures conditions.**



Une offre santé et prévoyance complète

En choisissant Harmonie Mutuelle et Mutex, vous offrez à vos salariés une couverture santé et prévoyance performante tout en bénéficiant d'avantages pour votre structure associative.

Harmonie Mutuelle, 1^{re} mutuelle santé de France !

- 4 543 953 personnes protégées,
- 66 685 entreprises adhérentes,
- Plus de 230 agences
- 4 445 collaborateurs

Les plus

VOTRE STRUCTURE

» Votre budget maîtrisé.

Un tarif réellement attractif et des dépenses optiques réduites grâce aux tarifs négociés dans notre réseau d'opticiens agréés.

» Une mise en place du contrat rapide et simple.

Nous diffusons efficacement à l'ensemble des salariés l'information relative au contrat mis en place (notices d'utilisation, emailing, contenu intranet...).

» Un accompagnement juridique, fiscal et technique.

Dans un environnement complexe et évolutif, nos experts en protection sociale vous conseillent au mieux de vos intérêts.

POUR VOS COLLABORATEURS

» Un tarif de groupe.

» KALIXIA, le réseau partenaires pour limiter les restes à charge

Auprès de plus de 5 200 opticiens : jusqu'à 40 % de réduction sur le prix des verres,



Chorum Facilit' service gratuit et simple d'accès qui propose aux assurés gérés par CHORUM :

» des solutions pratiques, dossiers thématiques et conseils concrets

rédigés par des professionnels de l'accompagnement, disponibles sur un site web dédié,

» une écoute individuelle et un diagnostic personnalisé,

réalisé par des professionnels qui orienteront les salariés vers les solutions les mieux adaptées à leur situation, qu'il s'agisse de dispositifs existants ou spécifiquement mis en place par Chorum.

Pour aller plus loin dans son engagement au service des branches professionnelles, CHORUM a créé CIDES : Chorum Initiatives pour le Développement de l'Économie sociale.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2020
Régime local

Soins courants			
Soins médicaux et paramédicaux			
Consultations, visites : généralistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90%	TM	TM + 25% BR
- Autres praticiens	90%	TM	TM + 5% BR
Consultations, visites : spécialistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90%	105% BR	155% BR
- Autres praticiens	90%	85% BR	110% BR
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	90%	TM	TM
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100%	TM	TM
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)			
Médicaments à SMR important	90%	TM	TM
Médicaments à SMR modéré	80%	TM	TM
Médicaments à SMR faible	15%	TM	TM
Analyses et examens			
Actes techniques médicaux			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90%	180% BR	180% BR
- Autres praticiens	90%	110% BR	110% BR
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée, échographie			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90%	TM	TM
- Autres praticiens	90%	TM	TM
Examens de laboratoires	90%	TM	TM
Appareillages et accessoires médicaux			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90%	170% BR	170% BR
Aides auditives			
Équipement 100 % Santé ⁽²⁾⁽³⁾		100 % Santé	100 % Santé
Équipement à tarif libre ⁽²⁾⁽³⁾	90%	TM	TM + 30 % PMSS/ Appareil
Piles	90%	TM	TM
<small>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive</small>			
Cures thermales			
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	90%	TM 10 % PMSS	TM 10 % PMSS
Hospitalisation			
Frais de séjour	100%	200 % BR	200 % BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100%	250 % BR	250 % BR
- Autres praticiens	100%	100 % BR	100 % BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100%	TM	TM
Chambre particulière avec nuitée ⁽⁴⁾⁽⁵⁾		2 % PMSS/Jour	2 % PMSS/Jour
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁶⁾		15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant -12 ans		1 % PMSS/Jour	1 % PMSS/Jour
<small>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. (4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (5) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire. (6) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</small>			
Maternité			
Chambre particulière avec nuitée ⁽⁴⁾		2 % PMSS/Jour	2 % PMSS/Jour
Indemnité de naissance ⁽⁷⁾		10 % PMSS	10 % PMSS
<small>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (7) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</small>			

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ (suite)

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2020
Régime local

Optique	RÉGIME OBLIGATOIRE * (à titre indicatif)	TOTAUX MUTUELLE * s'entendent en plus du remboursement de la Sécurité sociale	
		GARANTIE DE BASE AXSAA00042	GARANTIE DE BASE + OPTION AXSCA00043 OU AXSAA00267
Équipement 100 % Santé ⁽²⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾			
- Monture		100 % Santé	100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau		100 % Santé	100 % Santé
Équipement à tarif libre ⁽²⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾			
- Monture	90%	90 % + 100 €	90 % + 100 €
- Par verre			
- Simple	90%	90 % + 100 €	90 % + 100 €
- Complexe	90%	90 % + 210 €	90 % + 210 €
- Très complexe	90%	90 % + 280 €	90 % + 280 €
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	90%	TM	TM
Verres avec filtre	90%	TM	TM
Autres suppléments (prisme, système antiphotos, verres iséconiques)	90%	TM	TM
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	90%	TM + 8 % PMSS/An	TM + 8 % PMSS/An
Lentilles Refusées par le régime obligatoire		8 % PMSS/An	8 % PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil		350 €/Oeil	500 €/Oeil

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (8) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (9) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre). (10) - **Verres simples** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - **Verres complexes** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie. Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - **Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie. Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries. (11) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 100 € pour la monture.

Dentaire			
Soins	90%	TM	TM
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹²⁾		100 % Santé	100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽¹²⁾			
- Prothèses fixes sur dents visibles	90%	340% BR	380% BR
- Prothèses fixes sur dents non visibles	90%	180% BR	230% BR
- Inlay-Core	90%	100% BR	150% BR
- Prothèses transitoires	90%	260% BR	260% BR
- Inlay onlay	90%	280% BR	280% BR
- Prothèses amovibles	90%	260% BR	380% BR
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres			
- Prothèses fixes sur dents visibles	90%	340% BR	380% BR
- Prothèses fixes sur dents non visibles	90%	180% BR	230% BR
- Inlay-core	90%	100% BR	150% BR
- Prothèses transitoires	90%	260% BR	260% BR
- Inlay onlay	90%	280% BR	280% BR
- Prothèses amovibles	90%	260% BR	380% BR
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire ⁽¹³⁾		300 €/Acte	300 €/Acte
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100%	250 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			100 €/an

Les remboursements de la mutuelle : - concernant les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM) - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établie par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle. (12) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (13) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.

Médecines complémentaires			
Ostéopathie, Chiropractie ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾		30 €/Séance	40 €/Séance
(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (15) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINES et/ou le n°ADEL et/ou le n°RPPS du professionnel concerné. (16) Limitée à 3 séances/an			
Prévention			
Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire (selon liste) ⁽¹⁴⁾		100 €/An	100 €/An
(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).			
Harmonie Santé Services			
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)		Oui	Oui

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008), - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT 2020

GARANTIE DE BASE

Régime local

EXEMPLES	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de la Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	0 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	159,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	33,75 €	91,25 €	0 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement tarif libre)	345,00 €	0,13 €	299,87 €	45,00 €	"Équipement adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €"	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
Détartrage	28,92 €	26,03 €	2,89 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	108,00 €	392,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires (prothèse tarif maîtrisé)	538,70 €	108,00 €	408,00 €	22,70 €	Honoraire limite de facturation : 550,00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse tarif libre)	538,70 €	96,75 €	193,50 €	248,45 €		Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100,00 €	315,00 €	35,00 €	750,00 €	>20 ans	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille (équipement tarif libre)	1 476,00 €	315,00 €	35,00 €	1 126,00 €	>20 ans	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	21,50 €	2,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	26,00 €	3,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	26,00 €	17,00 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	19,70 €	19,55 €	16,75 €		Prix moyen national de l'acte

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT 2020

GARANTIE DE BASE + OPTION

Régime local

EXEMPLES	Prix moyen praticqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de la Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	0 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	159,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	33,75 €	91,25 €	0 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement tarif libre)	345,00 €	0,13 €	299,87 €	45,00 €	"Équipement adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €"	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
Détartrage	28,92 €	26,03 €	2,89 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	108,00 €	392,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires (prothèse tarif maîtrisé)	538,70 €	108,00 €	430,70 €	0 €	Honoraire limite de facturation : 550,00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse tarif libre)	538,70 €	96,75 €	247,25 €	194,70 €		Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100,00 €	315,00 €	785,00 €	0 €	>20 ans	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille (équipement tarif libre)	1 476,00 €	315,00 €	1 062,20 €	98,80 €	>20 ans	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	21,50 €	2,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	26,00 €	3,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	26,00 €	17,00 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	19,70 €	25,30 €	11,00 €		Prix moyen national de l'acte

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE

Nous nous engageons à vos côtés et vous apportons des solutions performantes pour une **prévoyance collective répondant à vos besoins**.

LIBELLES DES GARANTIES	GARANTIES EN % DU SALAIRE BRUT TA TB
Décès— IAD (Invalidité Absolue et Définitive) : Toutes causes • Quelle que soit la situation de famille • Majoration par enfant à charge	100 % 25 %
Décès toute cause — IAD (Invalidité Absolue et Définitive) : Par accident • Versement d'un capital supplémentaire	100 % du capital décès toutes causes
Allocation obsèques • En cas de décès de l'assuré, du conjoint ou d'un enfant à charge âgé de + de 12 ans	100 % du PMSS. Limités aux frais réellement engagés
Rente éducation • 0 à 11 ans • 11 à 18 ans • 18 à 26 ans (en cas de poursuite d'études)	5 % / 7,5 % / 10 %
Incapacité de travail • Indemnité journalières	Relais de la Mensualisation 80 % ⁽¹⁾
Invalidité de travail • 1 ^{ère} catégorie • 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie	60 % ⁽¹⁾ de la rente 2 ^{ème} catégorie / 80 % ⁽¹⁾

(1) Le total des indemnités Sécurité Sociale et indemnités journalières ne peut excéder 100 % du salaire net.

OPTIONS ⁽²⁾

MAINTIEN DE SALAIRE

Maintien du salaire en application des dispositions de la Loi de Mensualisation de 1978 (y compris 10 % de charges patronales)

RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE VISANT LES CADRES (RESPECT CCN 1947)

Décès toute cause / IAD Majoration par enfant à charge	+ 160 % + 40 % par enfant à charge
--	---------------------------------------

(2) Options exclusivement à charge de l'employeur

PARAGRAPHE imageur - 11/19 - Crédits photos: FNPF, L. Madelon, Document commercial.



Chorum conseil (distributeur de l'offre prévoyance et santé) : SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1.539.000€
RCS Nanterre 833 426 851 — répertoire ORIAS 170 073 20 Siège social : 4-8 rue Gambetta - 92240 MALAKOFF
Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 612-6 et L 612-7 du Code des assurances -
sous le contrôle de l'ACPR - 4 Place de Budapest, 75436 Paris - (www.acpr.banque-france.fr) exerce son activité en application
des dispositions de l'article L 520-1 II b du Code des assurances, la liste des assureurs partenaires est disponible sur demande
Capital social détenu à hauteur de 97% par VYV INVEST dont le siège social est sis 33, avenue du Maine — Tour Montparnasse
— BP 25 - 75755 Paris Cedex 15, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro SIREN 839 314 242 Réclamation : CHORUM
CONSEIL - Service Réclamation — 4-8 rue Gambetta — 92240 Malakoff Médiation : le Médiateur de l'Assurance est compétent
pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre
courtier. Il peut être saisi par La Médiation de l'Assurance, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09

Harmonie mutuelle (assureur et distributeur de l'offre santé) : mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la
mutualité, immatriculée au répertoire Siren sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI 96950QJLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

Mutex (assureur de l'offre prévoyance) : Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des
sociétés de Nanterre sous le n°529 219 040,
Siège social : 140 avenue de la République CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif