



SAFRAN

# Notice d'information Edition 2023

Garanties de frais de santé  
Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative

**REGIMES D'ACCUEIL**

Contrat n° : 09.07.057  
Effet au 01/01/2023



## Sommaire

<b>Chapitre 1 • Dispositions générales</b>	<b>3</b>
<b>Article 1 • Objet de la présente notice</b>	<b>3</b>
<b>Article 2 • Risques couverts</b>	<b>3</b>
<b>Article 3 • Adhésion</b>	<b>3</b>
3.1 Catégorie éligible	3
3.2 Bénéficiaires des garanties	3
3.3 Prise d'effet de l'adhésion	4
3.4 Choix des garanties	4
<b>Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion</b>	<b>5</b>
4.1 Nouveaux bénéficiaires	5
4.2 Autres modifications	5
4.3 A l'initiative de l'adhérent	5
4.4 A l'initiative de la mutuelle	6
4.5 Conséquence de la résiliation, de la radiation	7
<b>Chapitre 2 • Garanties frais de santé</b>	<b>7</b>
<b>Article 5 • Cadre général</b>	<b>7</b>
5.1 Contrats solidaires et responsables	7
5.2 Date d'entrée en vigueur des garanties	7
5.3 Nature de l'indemnisation	7
5.4 Base de remboursement	7
5.5 Pluralité de garanties de frais de santé	7
5.6 Limitations de prise en charge	8
5.7 Non prise en charge de certaines prestations	8
<b>Article 6 • Versement des prestations</b>	<b>8</b>
6.1 Règlement des prestations	8
6.2 Contrôle	9
<b>Chapitre 3 • Cotisations</b>	<b>10</b>
<b>Article 7 • Détermination de la cotisation</b>	<b>10</b>
<b>Article 8 • Paiement de la cotisation</b>	<b>10</b>
8.1 Règlement de la cotisation	10
8.2 Incident de paiement	10
8.3 Non-paiement de la cotisation	10
<b>Chapitre 4 • Dispositions diverses</b>	<b>10</b>
<b>Article 9 • Couverture des accidents</b>	<b>10</b>
9.1 Recours subrogatoire	10
9.2 Déclaration d'accident	11
9.3 Tiers payant en cas d'accident	11
<b>Article 10 • Prescription</b>	<b>11</b>
<b>Article 11 • Échanges de données informatisées</b>	<b>11</b>
<b>Article 12 • Autorité de contrôle</b>	<b>11</b>
<b>Article 13 • Réclamations</b>	<b>11</b>
<b>Article 14 • Protection des données à caractère personnel</b>	<b>12</b>
<b>Article 15 • Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption</b>	<b>14</b>

# Chapitre 1 • Dispositions générales

## Article 1 • Objet de la présente notice

Cette notice constitue un document d'information destiné à éclairer l'adhérent sur les principales dispositions du contrat collectif de complémentaire santé signé par le souscripteur auprès de :

- Harmonie Mutuelle Groupe VYV,
- Les mutuelles adhérentes à la Mutualité Française listées page 18 de la présente notice,
- Malakoff Humanis.

La répartition de la coassurance s'effectue à hauteur de 50 % pour le pôle mutualiste et 50 % pour Malakoff Humanis. Le terme « la mutuelle » utilisé ci-après désigne la mutuelle gestionnaire de l'établissement de l'adhérent, selon la répartition présentée en annexe de la présente notice.

**Les termes « salariés éligibles, membres du souscripteur », « adhérent » utilisés ci-après désignent les salariés retraités.**

L'apérition est confiée à Harmonie Mutuelle Groupe VYV et la gestion aux mutuelles co-assureurs.

Harmonie Mutuelle Groupe VYV met à votre disposition la présente notice qui annule et remplace la précédente version référencée « Édition 2022 ».

## Article 2 • Risques couverts

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

Le régime Frais de santé rembourse également certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale, telles que définies dans le détail des garanties.

## Article 3 • Adhésion

### 3.1 Catégorie éligible

**L'adhésion au contrat est réservée aux anciens salariés éligibles ou membres du souscripteur visés à la présente notice :**

- Les salariés du souscripteur, à la date de liquidation de leur pension de retraite de la Sécurité sociale ;
- Les conjoints, concubins ou partenaires de pacs des salariés retraités du souscripteur, sous la condition d'une demande formulée dans les 6 mois suivant la date de liquidation de leur propre pension de retraite de la Sécurité sociale ;
- Les ayants droit des salariés du souscripteur décédés, à la date de liquidation de leur pension de retraite de la Sécurité sociale, sous réserve d'avoir bénéficié du maintien du régime Frais de santé des actifs ;
- Les « enfants salariés » : du salarié ou ceux de son conjoint (ou assimilé), jusqu'à 30 ans et :
  - Qui ne sont plus à charge et exercent une activité donnant lieu à une rémunération au plus égale au Smic (sur une base annualisée),
  - Qui justifient de la poursuite de leurs études à temps plein ou à temps partiel au-delà de leur 26ème anniversaire ou à défaut de ne pas exercer une activité rémunérée habituelle et durable au-delà de leur 26ème anniversaire.

L'adhésion est facultative et donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de la mutuelle. L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle.

### 3.2 Bénéficiaires des garanties

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

- L'adhérent,

- Le « conjoint » du salarié ou assimilé :
  - Le conjoint marié,
  - Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité,
  - Le concubin sur déclaration sur l'honneur du salarié et s'il est justifié d'un domicile commun.
  
- Les enfants :
  - Les enfants de moins de 18 ans du salarié, et ceux de son conjoint (ou assimilé) s'ils vivent au foyer, à charge au sens de la Sécurité sociale,
  - Les enfants du salarié ou ceux de son conjoint (ou assimilé), qui justifient de la poursuite de leurs études à temps plein et au plus tard jusqu'à leur 26<sup>ème</sup> anniversaire, ayant leur propre immatriculation,
  - Les enfants du salarié ou ceux de son conjoint (ou assimilé), qui justifient de la poursuite d'études à temps partiel, en contrat d'alternance (apprentissage ou professionnalisation), et au plus tard jusqu'à leur 26<sup>ème</sup> anniversaire, ayant leur propre immatriculation,
  - Les enfants du salarié ou ceux de son conjoint (ou assimilé) de moins de 26 ans, ayant terminé leur scolarité, et en recherche d'un premier emploi,
  - Les enfants du salarié ou ceux de son conjoint (ou assimilé), quel que soit leur âge, atteints de maladie chronique ou incurable les mettant dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunérée et qui continuent à percevoir les allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 relative aux personnes handicapées , y compris les enfants handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% s'ils justifient d'une rémunération inférieure au Smic (sur une base annualisée).

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

### 3.3 Prise d'effet de l'adhésion

La demande d'adhésion doit être effectuée auprès de la mutuelle, au plus tard dans les six mois suivant la liquidation de la pension de retraite. L'adhésion prend effet le jour de l'évènement de la liquidation de retraite.

Pour les « enfants salariés », tels que visés à l'article 3 :

La demande d'adhésion doit être effectuée auprès du responsable RH du souscripteur, dans le mois suivant la perte de la qualité d'ayant droit, et sous réserve que le parent salarié soit inscrit au régime des actifs. La garantie « Convention Santé » ne concerne pas cette population.

Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, nullité.

**En tout état de cause, l'adhésion au contrat de référence 09.06.057 (ci-après le « régime d'accueil ») a une durée minimum de 12 mois.**

### 3.4 Choix des garanties

En complétant son bulletin d'adhésion, l'adhérent matérialise son choix entre les 3 régimes suivants :

- « Convention Santé »
- « Safran Santé »
- « Ma Santé Safran »

Le choix entre l'un ou l'autre de ses régimes est réalisé lors de l'adhésion.

Ce choix peut être modifié tous les deux ans, à effet du 1<sup>er</sup> janvier, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, sous réserve d'en effectuer la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

Par dérogation à ces périodes de deux ans, le changement est possible dans le mois suivant un évènement dans la situation de famille ou administrative de l'adhérent.

Cette adhésion produit en outre ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article Evénements survenant en cours d'adhésion de la présente notice.

## Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

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

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

### 4.1 Nouveaux bénéficiaires

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

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

### 4.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de leur demande par la mutuelle.

### 4.3 A l'initiative de l'adhérent

**L'adhérent peut mettre fin à son adhésion au régime d'accueil annuellement avant le 31 octobre de l'année civile. A l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, l'adhérent dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.**

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

La demande de résiliation ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la prise d'effet de la résiliation. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

### Radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année en remplissant un bulletin de modification qu'il remet à sa mutuelle gestionnaire.

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

### Résiliation à titre exceptionnel

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

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et la mutuelle.	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif.
Décès de l'adhérent.	Jour du décès.
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent.	La résiliation prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la survenance de l'événement <b>sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.</b>
Attribution de la complémentaire santé solidaire à l'adhérent.	Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.

La mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

#### Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

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

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

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

#### 4.4 A l'initiative de la mutuelle

##### En cas de non-paiement

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

##### Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse

déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

#### 4.5 Conséquence de la résiliation, de la radiation

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

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

## Chapitre 2 • Garanties frais de santé

### Article 5 • Cadre général

#### 5.1 Contrats solidaires et responsables

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

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

#### 5.2 Date d'entrée en vigueur des garanties

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

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

#### 5.3 Nature de l'indemnisation

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

#### 5.4 Base de remboursement

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

En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

#### 5.5 Pluralité de garanties de frais de santé

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

## 5.6 Limitations de prise en charge

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

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

## 5.7 Non prise en charge de certaines prestations

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

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées ;
- les frais de concession et de rapatriement.

# Article 6 • Versement des prestations

## 6.1 Règlement des prestations

### Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du Régime obligatoire, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger. Dans ce dernier cas, le remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoire français.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties figurant en annexe de la présente notice, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties figurant à la présente notice.

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

### Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- les dates de facturation pour les médicaments, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- la date de facturation correspondant à celle de la transmission au régime obligatoire pour les équipements optiques et les lentilles acceptées par le régime obligatoire. Attention, dans le cas d'une procédure de tiers payant, bien qu'un accord de prise en charge puisse être fourni durant la période de garantie, si la date de facturation est postérieure à celle de la prise d'effet de la résiliation de la garantie, ou bien de la radiation, ou de l'exclusion du bénéficiaire, le remboursement sera effectué au professionnel de santé mais la garantie n'étant pas due, le montant sera alors réclamé au bénéficiaire ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de pré traitements et de contention en orthodontie, la médecine douce telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire ;
- les dates de début et fin de séjour pour :

- les cures thermales,
- l'hospitalisation ou la maternité\*

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

- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de frais d'accouchement sous réserve de respect des conditions d'inscription décrites à l'article Nouveaux bénéficiaires ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie ;
- la date de survenance du décès.

### Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

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

Pour les garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la mutuelle. En leur absence les prestations seront calculées sur la base du remboursement minimal prévu par le tableau descriptif des garanties.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

### Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

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

Les remboursements convenus aux présentes garanties peuvent aussi être adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

### 6.2 Contrôle

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

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

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

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

# Chapitre 3 • Cotisations

## Article 7 • Détermination de la cotisation

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants ou les taux sont précisés dans le contrat collectif qui prévoit en outre le cadre de leur évolution. Elles sont déterminées en fonction du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent les adhérents.

## Article 8 • Paiement de la cotisation

### 8.1 Règlement de la cotisation

Le souscripteur règle le cas échéant les cotisations dues au titre des enfants salariés suivant les modalités définies au contrat collectif. Ces cotisations sont à la charge seule du parent salarié.

L'adhérent règle sa part de cotisations par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal trimestriellement d'avance.

### 8.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

### 8.3 Non-paiement de la cotisation

Le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner :

- la suspension des garanties en cas de non-paiement de la cotisation à 40 jours de l'échéance
- la résiliation des garanties en cas de non-paiement des sommes dues à 70 jours de l'échéance

10 jours après l'échéance, un 1er courrier de mise en demeure informe l'adhérent que sa garantie peut être suspendue, à défaut de paiement sous 30 jours.

40 jours après l'échéance, un 2nd courrier de mise en demeure, avec Accusé de réception, doit informer l'adhérent que sa garantie sera résiliée, à défaut de paiement à l'expiration d'un nouveau délai de 30 jours.

La garantie suspendue reprend effet, à midi, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

Cette procédure n'entraîne pas de frais de recouvrement.

# Chapitre 4 • Dispositions diverses

## Article 9 • Couverture des accidents

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

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

### 9.1 Recours subrogatoire

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

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

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

## 9.2 Déclaration d'accident

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

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

## 9.3 Tiers payant en cas d'accident

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

## Article 10 • Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L 100 du code des postes et communications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- une demande en justice, même en référé ou portée devant une juridiction incompétente,
- un acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

## Article 11 • Échanges de données informatisées

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

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

## Article 12 • Autorité de contrôle

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest CS 92459 75 436 Paris cedex 09.

## Article 13 • Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application de la présente notice, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et sa mutuelle gestionnaire.

Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite selon les modalités définies par sa mutuelle gestionnaire.

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

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

## **Article 14 • Protection des données à caractère personnel**

Les définitions ci-dessous ne sont applicables que pour la présente clause « protection des données à caractère personnel » :

- les termes « Données (à caractère personnel) » ; « Responsable de Traitement » ; « Sous-traitant » ; « Traitement » ; « Personne Concernée » et « Autorité de Contrôle » ont la définition figurant dans le règlement européen 2016/679 relatif à la protection des données personnelles (RGPD) ;
- « Client » : le souscripteur du contrat, soit le Groupe Safran ;
- « Règlementation Applicable » : toute règlementation et loi applicables en matière de Données qui seraient applicables au Traitement, cela incluant le RGPD ;
- « Prestataire » : la mutuelle gestionnaire et co-assureurs, en charge de la gestion des remboursements et co-assureurs du régime ;
- « Prestataire Ulérieur » : la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou tout autre organisme qui traite des Données pour le compte du Prestataire.

### **1. Principes applicables en matière de protection des Données**

Le Client et le Prestataire sont identifiés comme Responsables de Traitement non conjoints concernant leur propre Traitement de Données et s'engagent à traiter toute Donnée en conformité avec toute Règlementation Applicable au Traitement.

Dans le cadre de la Prestation impliquant des Traitements de Données, le Client et le Prestataire mettent en œuvre des Traitements de Données ayant pour finalités :

Traitement(s) mis en œuvre par le Client : Traitement des Données relatif à la mise en place et au déploiement du contrat, ainsi que la mise à jour des informations transmises, pour ouvrir les droits de ses salariés auprès de la mutuelle

Traitement(s) mis en œuvre par le Prestataire :

- Prise de contact directement auprès des salariés du Client, de manière juridique et contractuelle via un processus d'affiliation ;
- Réalisation de toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle de la mutuelle ;
- recouvrement et contentieux ; son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme dans les conditions fixées par la règlementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Les catégories de Données susceptibles d'être traitées sont les données relatives à l'identification des personnes parties au contrat, les Données relatives à la situation familiale, économique, patrimoniales et financière, les Données relatives à la situation professionnelle les catégories de personnes concernées sont les salariés du Client.

Par conséquent, le Client et le Prestataire pourront être chacun contrôlés et sanctionnés au titre des manquements ou négligences qu'ils auraient personnellement commis dans le cadre de leurs Traitements respectifs.

## 2. Obligations réciproques des Parties

Chaque Partie s'engage à :

- respecter les obligations qui lui incombent au titre de la Réglementation Applicable ;
- prendre des mesures garantissant que les personnes agissant sous son autorité respectent la présente clause et sont soumises à une obligation de confidentialité ;
- fonder son propre Traitement de Données sur une base légale conforme à la Réglementation Applicable ;
- communiquer, notamment conformément aux articles 13 et 14 du RGPD à chaque personne concernée relevant de ses propres Traitements les informations obligatoires issues de la Réglementation Applicable et de transmettre dans la limite de ses possibilités à l'autre Partie les informations nécessaires pour qu'elle soit elle-même en mesure de respecter la Réglementation Applicable pour les personnes concernées relevant de son propre Traitement ;
- informer les personnes agissant sous son autorité de tout Traitement de leurs Données mis en œuvre par l'autre Partie à des fins d'exécution du présent Contrat ;
- traiter les Données relatives à ses propres Traitements pour les seules finalités et pour la durée strictement nécessaire ;
- prendre toutes les précautions techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau de sécurité adapté au risque et à la sensibilité des Données et de préserver la sécurité et la confidentialité des Données et notamment de les protéger contre toute destruction, perte, altération, diffusion ou accès non autorisés, de manière accidentelle ou illicite, ainsi que contre toute autre forme de Traitement illicite ;
- ne recourir qu'à des Sous-traitants se conformant à la Réglementation Applicable et en mesure de garantir la confidentialité et la sécurité des Données traitées dans le cadre du présent avenant par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles au moins équivalentes à celles énoncées dans le présent contrat ;
- informer par tous moyens l'autre Partie dans les meilleurs délais si une demande d'exercice de droits d'une Personne Concernée est effectuée auprès d'elle s'agissant des Traitements de l'autre Partie ;
- informer par tous moyens dans les meilleurs délais l'autre Partie si elle considère ou a des raisons de considérer que le ou les Traitement(s) de l'autre Partie sont mis en œuvre en violation de la Réglementation Applicable ;
- informer l'autre Partie dans les meilleurs délais après l'avoir constatée, la survenance de toute Violation de Données ayant des conséquences directes ou indirectes sur les Traitements ;
- encadrer tout transfert de Données par la signature préalable entre le Client et le Prestataire d'un contrat type appelé « cadrant ledit transfert lorsque le Prestataire n'est pas établi au sein de l'Union européenne ou un pays tiers dont la législation relative à la protection des Données a été reconnue adéquate par la Commission européenne ;
- coopérer avec les Autorités de Contrôle compétentes ;
- informer dans les meilleurs délais l'autre Partie dès qu'elle reçoit une requête provenant d'une autorité administrative ou judiciaire concernant les Données relatives à la Prestation, sous réserve de dispositions légales impératives contraires ;
- fournir à ses frais et sans délai au Client sur simple demande de sa part à la fin de la commande, pour quelque cause que ce soit l'intégralité des Données dans le même format que celui qui avait été utilisé par le Client pour les communiquer au Prestataire ou, à défaut, dans un format structuré et couramment utilisé. Le Prestataire s'engage à ne pas conserver de copie des Données ainsi restituées sous réserve de dispositions légales impératives contraires ;
- supprimer les Données et n'en conserver aucune copie à l'échéance de la durée de conservation fixée en concertation avec l'autre Partie au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées sous réserve de dispositions légales impératives contraires. La preuve de la destruction des Données sera établie par procès-verbal.

Chaque Partie communique à l'autre les coordonnées de son délégué à la protection des données personnelles ou de la personne en charge du sujet.

Pour le Prestataire : [dpo@harmonie-mutuelle.fr](mailto:dpo@harmonie-mutuelle.fr)

Pour le Client : [safran.dpo@safrangroup.com](mailto:safran.dpo@safrangroup.com).

### 3. Gestion des fichiers clients - fournisseurs

Nonobstant la qualification des Parties au titre de la présente clause, les Parties sont considérées Responsables de Traitement non-conjoints dans le cadre de la gestion de leurs fichiers clients/fournisseurs respectifs et s'engagent à respecter la Réglementation Applicable dans le cadre de ces Traitements.

## **Article 15 • Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption**

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

## ANNEXE 1 : PRESTATIONS GARANTIES

Garanties	Convention Santé	Safran Santé
<b>HOSPITALISATION médicale et chirurgicale (y compris maternité)</b>		
Honoraires en secteur conventionné signataires OPTAM	TM	TM + 380 % BR
non signataires OPTAM	TM	TM + 100 % BR
Frais de séjour (1) en établissement conventionné	TM	TM + 380 % BR
en établissement non conventionné	TM	TM + 100 % BR
Chambre particulière (y compris maternité) (2)	50 € / jour	3 % PMSS / jour
Lit d'accompagnant : enfant couvert par le contrat	25 € / jour	3 % PMSS / jour
Forfait journalier hospitalier (1)	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgence	100 % FR	100 % FR
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux et paramédicaux</b>		
Généralistes : consultations et visites signataires OPTAM	TM	TM + 70 % BR
non signataires OPTAM	TM	TM + 50 % BR
Spécialistes : consultations et visites signataires OPTAM	TM	TM + 120 % BR
non signataires OPTAM	TM	TM + 100 % BR
Petite chirurgie & actes techniques médicaux signataires OPTAM	TM	TM + 120 % BR
non signataires OPTAM	TM	TM + 100 % BR
Kinésithérapeutes *	TM	TM + 60 % BR
Auxiliaires Médicaux (hors kinésithérapeutes)	TM	TM + 60 % BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale	TM	TM + 265% BR
Imagerie médicale signataires OPTAM	TM	TM + 70 % BR
non signataires OPTAM	TM	TM + 50 % BR
<b>Analyses</b>		
Analyses et examens de laboratoire	TM	TM + 60 % BR
<b>Pharmacie</b>		
Médicaments prescrits	TM	TM
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par la Sécurité sociale, y compris semelles orthopédiques	TM + forfait 80 €	TM + 460% BR / prothèse (limité à 1 PMSS / prothèse / an)
Véhicule pour personne handicapée physique	TM + forfait 80 €	TM + 460% BR / prothèse (limité à 1 PMSS / prothèse / an)
<b>DENTAIRE</b>		
Soins et prothèses 100% Santé (3)	<i>prise en charge intégrale</i>	
<b>Soins et prothèses à tarifs maîtrisés ou libres :</b>		
<b>Soins</b>		
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire)	TM	TM + 70 % BR
Soins dentaires pratiqués par un dentiste qui dispose d'un droit permanent au dépassement	TM	TM + 70 % BR
Stomatologie	TM	TM + 70 % BR
<b>Prothèses</b>		
Prothèses dentaires fixes jusqu'à la 1ère prémolaire incluse (dents 14-24-34-44) pris en charge ou non par la Sécurité sociale	TM + 170 % BR	TM + 475,55 % BR
Prothèses dentaires fixes à compter de la 2ème prémolaire (dents 15-25-35-45) pris en charge ou non par la Sécurité sociale	TM + 170 % BR	TM + 475,55 % BR
Prothèses amovibles (4)	TM + 170 % BR	TM + 475,55 % BR
Inlay Core	TM + 170 % BR	TM + 475,55 % BR
Inlay- Onlay ("onlays d'obturation")	TM	TM + 90 % BR
Prothèses transitoires (5)	TM	500% BR
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	-	350% BR**

Garanties	Convention Santé	Safran Santé
<b>Parodontie</b>		
Surfaçage radiculaire (détartrage sous gingival)	-	100 % FR Limité à 250 € / an / bénéficiaire
Greffe gingivale, greffe osseuse		
<b>Implantologie</b>		
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par la Sécurité sociale	-	650 € / dent / an. Prise en charge totale limitée à 2 dents / an ***
Infrastructure coronaire (inlay core) non pris en charge par la Sécurité sociale		
Couronne sur implant	TM + 170 % BR	TM + 475,55 % BR
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie prise en charge	100 % BR	250 % BR
Orthodontie non prise en charge	-	-
<b>OPTIQUE</b>		
Plus de 16 ans : Un équipement par période de 2 ans - Un an en cas d'évolution du défaut de vision (6)		
Moins de 16 ans : Un équipement par an (sauf pour la surcomplémentaire en cas d'évolution du défaut de vision)		
<b>Equipements 100% Santé</b> (3)	<i>prise en charge intégrale</i>	
<b>Equipements du panier libre :</b>		
<b>Lunettes</b>		
Monture	100 € si monture seule	100 €
<b>Verre blanc simple Sphérique</b>		
Sphère de -6 à +6	TM + forfait 200 €, y compris monture	105 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10		146 €
Hors zone de -10 à +10		227 €
<b>Verre blanc simple Sphérique-cylindrique</b>		
Cylindre < +4 ; Sphère de -6 à +6	TM + forfait 200 €, y compris monture	136 €
Cylindre < +4 ; Sphère hors zone de -6 à +6		209 €
Cylindre > +4 ; Sphère de -6 à +6		195 €
Cylindre > +4 ; Sphère hors zone de -6 à +6		268 €
<b>Verre blanc progressif Sphérique</b>		
De -4 à +4	TM + forfait 200 €, y compris monture	220 €
Hors zone de -4 à +4		300 €
<b>Verre blanc progressif Sphéro-cylindrique</b>		
De -8 à +8	TM + forfait 200 €, y compris monture	290 €
Hors zone de -8 à +8		350 €
<b>Suppléments et prestations optique</b>		
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	TM	TM
Verres avec filtre	TM	TM
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	TM	TM
<b>Optique autres</b>		
Lentilles, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables	TM + forfait 200 €	8 % PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toutes amétropies)	-	25 % PMSS / œil
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>Equipements 100% Santé</b> (3) : à compter du 1er janvier 2021	<i>prise en charge intégrale</i>	
<b>Equipements du panier libre :</b>		
Appareils auditifs pris en charge par la Sécurité sociale (7)	TM + 175 € / oreille tous les 4 ans	100% FR, limité à 1700€ / oreille (Sécurité sociale incluse) tous les 4 ans
Piles pour appareil auditif	TM	TM

**Garanties**

	Convention Santé	Safran Santé
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>		
Indemnité de naissance ou adoption (8)	-	10 % PMSS
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	TM + forfait 150 €	TM + 10 % PMSS
Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture (9)	20 € / séance (Ostéopathie seulement) (max 3 / an / bénéf.)	30 € / séance (max 4 / an / bénéf.)
Hypnothérapie, sophrologie, diététicien, réflexologie, naturopathie Sur facture acquittée avec cachet indiquant la spécialité (9)	-	20 € / séance (max 4 / an / bénéf.)
Pédicure, Podologue (9)	-	25 € / séance (max 3 / an / bénéf.)
Psychologue, psychomotricien, ergothérapeute (9)	-	20 € / séance (max 4 / an / bénéf.)
Consultation d'un psychologue remboursée par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif "Mon Psy"	TM	TM
Dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18 et 21 (appelé DPNI ou DPANI) : Sur prescription médicale.	-	390 € / an / bénéficiaire
Vaccins et examens biologiques prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-
Pilule contraceptive et autres moyens de contraception non remboursés par la Sécurité sociale	-	50 € / an / bénéficiaire
Prothèses mammaires, capillaires et postiches en cas d'ALD	-	-
Système d'autosurveillance glycémique	-	250 € / an / bénéficiaire
Acte de prévention : substituts nicotiniques (sur prescription médicale )	TM	TM

\* Les dépassements d'honoraires des kinésithérapeutes ne sont pas remboursables s'ils sont réalisés sans autorisation de l'Assurance Maladie.

\*\* La base de remboursement (BR) est reconstruite.

\*\*\* Avec possibilité d'avance sur 4 ans, pour 8 ans, en cas de nécessité dûment justifiée par un acte médical.

FR : Frais Réels

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur : différence entre la BR et le remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

OPTAM (ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM CO (ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

ALD : Affection longue durée "exonérante" inscrite sur la liste "ALD 30" fixée par décret

(1) 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,
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.
- centres de rééducation professionnelle
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
- ateliers thérapeutiques,

(2) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. En psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.

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

(4) Prothèse amovible : La base de remboursement varie selon le nombre de dents. Au 01/01/2022 celle-ci est comprise entre 64,40€ et 365,50€

(5) Prothèse transitoire : base de remboursement = 10€

(6) 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.

(7) A compter de 2021 : une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

(8) par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

(9) **Sophrologie, réflexologie, Naturopathie** : Original de la facture acquittée par le praticien par séance. Cette facture doit préciser les informations suivantes : Nom et adresse du praticien, Nom et prénom du bénéficiaire de la séance, N° adhérent ou n°INSEE, Date de la séance, Montant total des honoraires perçus pour la séance

**Etiopathie** : Original de la facture acquittée par le praticien par séance. Cette facture doit préciser les informations suivantes : Nom et adresse du praticien, La mention obligatoire "Membre du registre National des Etiopathes sous le n°xxxx, Nom et prénom du bénéficiaire de la séance, N° adhérent ou n°INSEE, Date de la séance, Montant total des honoraires perçus pour la séance

**Diététicien, hypnothérapie, ostéopathie, chiropractie, acupuncture, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute** : Sur présentation de l'original de la facture - Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPS du professionnel concerné

#### **CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE**

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

Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.

Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

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

Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.

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

## Garanties

**Ma Santé Safran**

HOSPITALISATION médicale et chirurgicale (y compris maternité)		
Honoraires en secteur conventionné	signataires OPTAM	TM + 380 % BR
	non signataires OPTAM	TM + 100 % BR
Frais de séjour (1)	en établissement conventionné	TM + 380 % BR
	en établissement non conventionné	TM + 100 % BR
Chambre particulière (y compris maternité) (2)		4 % PMSS / jour
Lit d'accompagnant : enfant couvert par le contrat		3 % PMSS / jour
Forfait journalier hospitalier (1)		100 % FR
Forfait actes lourds		100 % FR
Forfait patient urgence		100 % FR

### SOINS COURANTS

#### Honoraires médicaux et paramédicaux

Généralistes : consultations et visites	signataires OPTAM	TM + 120 % BR
	non signataires OPTAM	TM + 100 % BR
Spécialistes : consultations et visites	signataires OPTAM	TM + 125 % BR
	non signataires OPTAM	TM + 100 % BR
Petite chirurgie & actes techniques médicaux	signataires OPTAM	TM + 120 % BR
	non signataires OPTAM	TM + 100 % BR
Kinésithérapeutes *		TM + 65 % BR
Auxiliaires Médicaux (hors kinésithérapeutes)		TM + 60 % BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale		TM + 265% BR
Imagerie médicale	signataires OPTAM	TM + 70 % BR
	non signataires OPTAM	TM + 50 % BR

#### Analyses

Analyses et examens de laboratoire	TM + 60 % BR
------------------------------------	--------------

#### Pharmacie

Médicaments prescrits	TM
-----------------------	----

#### Matériel médical

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par la Sécurité sociale, y compris semelles orthopédiques	TM + 460% BR / prothèse (limité à 1 PMSS / prothèse / an) (3)
Véhicule pour personne handicapée physique	TM + 460% BR / véhicule (limité à 1 PMSS / véhicule / an) (3)

### DENTAIRE

<i>Soins et prothèses 100% Santé (4)</i>	<i>prise en charge intégrale</i>
--	----------------------------------

#### Soins et prothèses à tarifs maîtrisés ou libres :

##### Soins

Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire)	TM + 70 % BR
Soins dentaires pratiqués par un dentiste qui dispose d'un droit permanent au dépassement	TM + 120 % BR
Stomatologie	TM + 120 % BR

##### Prothèses

Prothèses dentaires fixes jusqu'à la 1ère prémolaire incluse (dents 14-24-34-44) pris en charge ou non par la Sécurité sociale	TM + 520% BR**
Prothèses dentaires fixes à compter de la 2ème prémolaire (dents 15-25-35-45) pris en charge ou non par la Sécurité sociale	TM + 520% BR**
Prothèses amovibles (5)	TM + 500% BR**
Inlay Core	TM + 500% BR**
Inlay- Onlay ("onlays d'obturation")	TM + 200% BR
Prothèses transitoires (6)	500% BR**
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	530% BR***

### Parodontie

Parodontie prise en charge par la Sécurité sociale	TM + 70% BR
Surfaçage radiculaire (détartrage sous gingival)	100 % FR
Greffe gingivale, greffe osseuse	Limité à 250 € / an / bénéficiaire

### Implantologie

Implant intraosseux (racine) non pris en charge par la Sécurité sociale	700 € / dent / an. Prise en charge totale limitée à 2 dents / an ****
Infrastructure coronaire (inlay core) non pris en charge par la Sécurité sociale	
Couronne sur implant	TM + 500% BR**

### Orthodontie

Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	300 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR*****

## OPTIQUE

Plus de 16 ans : Un équipement par période de 2 ans - Un an en cas d'évolution du défaut de vision (6)

Moins de 16 ans : Un équipement par an (sauf pour la surcomplémentaire en cas d'évolution du défaut de vision)

<b>Equipements 100% Santé (4)</b>	<b>prise en charge intégrale</b>
-----------------------------------	----------------------------------

### Equipements du panier libre :

#### Lunettes

Monture	100 €
---------	-------

#### Verre blanc simple Sphérique

Sphère de -6 à +6	135 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	180 €
Hors zone de -10 à +10	237 €

#### Verre blanc simple Sphérique-cylindrique

Cylindre < +4 ; Sphère de -6 à +6	146 €
Cylindre < +4 ; Sphère hors zone de -6 à +6	219 €
Cylindre > +4 ; Sphère de -6 à +6	205 €
Cylindre > +4 ; Sphère hors zone de -6 à +6	278 €

#### Verre blanc progressif Sphérique

De -4 à +4	260 €
Hors zone de -4 à +4	310 €

#### Verre blanc progressif Sphéro-cylindrique

De -8 à +8	300 €
Hors zone de -8 à +8	350 €

### Suppléments et prestations optique

Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	TM
Verres avec filtre	TM
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	TM

### Optique autres

Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	8 % PMSS / an / bénéficiaire et au minimum TM
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	8 % PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toutes amétropies)	25 % PMSS / œil

<b>AIDES AUDITIVES</b>	
<b>Equipements 100% Santé (4) : à compter du 1er janvier 2021</b>	<b>prise en charge intégrale</b>
<b>Equipements du panier libre :</b>	
Appareils auditifs pris en charge par la Sécurité sociale (8)	100% FR, limité à 1 700€ / oreille (Sécurité sociale incluse) tous les 4 ans
Piles pour appareil auditif	TM

<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Indemnité de naissance ou adoption (9)	10 % PMSS
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	TM + 10 % PMSS
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture (10)	50 € / séance (max 5 / an / bénéf.)
Acte de prévention : substituts nicotiques (sur prescription médicale et facture) (11)	25€ par substitut dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire et au minimum TM
Hypnothérapie, sophrologie, diététicien, réflexologie, naturopathie Sur facture acquittée avec cachet indiquant la spécialité (10) Sevrage tabagique sur facture acquittée (12)	25 € / séance (max 4 / an / bénéf.)
Pédicure, Podologue (10)	25 € / séance (max 3 / an / bénéf.)
Psychologue, psychomotricien, ergothérapeute (10)	50 € / séance (max 6 / an / bénéf.)
Consultation d'un psychologue remboursée par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif "Mon Psy"	TM
Dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18 et 21 (appelé DPNI ou DPANI) : Sur prescription médicale.	390 € / an / bénéficiaire
Vaccins et examens biologiques prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale	80 € / an / bénéficiaire
Pilule contraceptive et autres moyens de contraception non remboursés par la Sécurité sociale	50 € / an / bénéficiaire
Prothèses mammaires, capillaires et postiches en cas d'ALD	100 € / an / bénéficiaire
Système d'autosurveillance glycémique	250 € / an / bénéficiaire

\*Les dépassements d'honoraires des kinésithérapeutes ne sont pas remboursables s'ils sont réalisés sans autorisation de l'Assurance Maladie..

\*\* Le pourcentage de remboursement est indexé sur l'évolution du plafond de la Sécurité sociale.

\*\*\* La base de remboursement (BR) est reconstituée et le pourcentage de remboursement est indexé sur l'évolution du plafond de la Sécurité sociale.

\*\*\*\* Avec possibilité d'avance sur 4 ans, pour 8 ans, en cas de nécessité dûment justifiée par un acte médical.

\*\*\*\*\* La base de remboursement (BR) est reconstituée

FR : Frais Réels

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur : différence entre la BR et le remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

OPTAM (ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM CO (ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

ALD : Affection longue durée "exonérante" inscrite sur la liste "ALD 30" fixée par décret

(1) 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, - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. - centres de rééducation professionnelle - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - ateliers thérapeutiques,
(2) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. En psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.
(3) Dans les cas où la limite est atteinte, versement du montant le plus favorable entre 1 PMSS et TM + 100%BR.
(4) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
(5) Prothèse amovible : La base de remboursement varie selon le nombre de dents. Au 01/01/2023 celle-ci est comprise entre 64,40€ et 365,50€
(6) Prothèse transitoire : base de remboursement = 10€
(7) 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.
(8) A compter de 2021 : une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.
(9) par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.
(10) <b>Sophrologie, réflexologie, Naturopathie</b> : Original de la facture acquittée par le praticien par séance. Cette facture doit préciser les informations suivantes : Nom et adresse du praticien, Nom et prénom du bénéficiaire de la séance, N° adhérent ou n°INSEE, Date de la séance, Montant total des honoraires perçus pour la séance <b>Etiopathie</b> : Original de la facture acquittée par le praticien par séance. Cette facture doit préciser les informations suivantes : Nom et adresse du praticien, La mention obligatoire "Membre du registre National des Etiopathes sous le n°xxx, Nom et prénom du bénéficiaire de la séance, N° adhérent ou n°INSEE, Date de la séance, Montant total des honoraires perçus pour la séance <b>Diététicien, hypnothérapie, ostéopathie, chiropractie, acupuncture, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute</b> : Sur présentation de l'original de la facture - 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° RPS du professionnel concerné
(11) Au-delà de 4 substituts nicotiques remboursés par an et par bénéficiaire, application du ticket modérateur.
(12) Sevrage tabagique : consultations cognitivocomportementales et / ou consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n°FINISS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

#### CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

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

Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.

Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

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

Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.

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

**LISTE DES MUTUELLES GESTIONNAIRES ET CO-ASSUREURS :**

MUTUELLE	SIEGE SOCIAL
SMPS	Pôle d'activités de Villaroche - Chemin de Viercy 77550 LIMOGES FOURCHES
MFTGS	RN7 - BP 151 91005 EVRY CEDEX
MFTSV	Rond-Point René Ravaud , 6 CS 10165 - Réau 677551 MOISSY CRAMAYEL CEDEX
OCIANE MATMUT	8 Terrasse du Front du Médoc 33054 BORDEAUX CEDEX
MUTAERO	34 bd Riquet 31015 TOULOUSE CEDEX 06
HARMONIE MUTUELLE	143, rue Blomet 75015 PARIS
MUTEST	11, boulevard Wilson 67082 STRASBOURG CEDEX
MHV	Avenue du Professeur Jean Bernard - BP 59 86002 POITIERS CEDEX
LA MUTUELLE FAMILIALE	52, rue d'Hauteville 75487 PARIS CEDEX 10

**TABLEAU DES MUTUELLES PAR ETABLISSEMENT**

Société	Etablissements	Dépt	MUTUELLE	Adresse de correspondance	Téléphone
SAFRAN ADDITIVE MANUFACTURING CAMPUS	LE HAILLAN (Bordeaux)	33	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN AÉRO COMPOSITE	COMMERCY	55	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN AEROSYSTEMS	CHATEAUDUN	28	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN AEROSYSTEMS	CAUDEBEC LES ELBEUF	76	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN AEROSYSTEMS	COGNAC	16	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN AEROSYSTEMS	PLAISIR	78	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN AEROSYSTEMS	SOIGNOLLES	14	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN AEROSYSTEMS	ARS	16	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN AEROSYSTEMS	COMPIEGNE	60	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN AEROSYSTEMS	ROCHES LA MOLIERE	42	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN AIRCRAFT ENGINES	BORDEAUX	33	 OCIANE MATMUT	OCIANE MATMUT TSA 90 160 31 151 FENOUILLET CEDEX	05 57 22 23 24
SAFRAN AIRCRAFT ENGINES	CHATELLERAULT	86	 M.H.V.	MHV TSA 40 164 31 151 FENOUILLET CEDEX	05 49 21 99 42
SAFRAN AIRCRAFT ENGINES	Evry CORBEIL	91	 MFTGS	MFTGS TSA 50 165 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN AIRCRAFT ENGINES	GENNEVILLIERS	92	 MFTGS	MFTGS TSA 50 165 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890

Société	Etablissements	Dépt	MUTUELLE	Adresse de correspondance	Téléphone
SAFRAN AIRCRAFT ENGINES	ISTRES	13	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN AIRCRAFT ENGINES	LE CREUSOT	71	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN AIRCRAFT ENGINES	MONTEREAU	77	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN AIRCRAFT ENGINES	ST QUENTIN	78	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN AIRCRAFT ENGINES	VILLAROCHE	77	 MFTSV	MFTSV TSA 10 161 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN SPACECRAFT PROPULSION	VERNON	27	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN CABIN France	COLOMIERS	31	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN CABIN France	PLAISIR	78	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN CERAMICS	LE HAILLAN (Bordeaux)	33	 OCIANE MATMUT	OCIANE MATMUT TSA 90 160 31 151 FENOUILLET CEDEX	05 57 22 23 24
SAFRAN ELECTRICAL & POWER	AJACCIO	2A	 MUTAERO	MUTAERO TSA 30 163 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN ELECTRICAL & POWER	BLAGNAC Siège	31	 MUTAERO	MUTAERO TSA 30 163 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN ELECTRICAL & POWER	SERVICES France ( Ex Blagnac Labs )	31	 MUTAERO	MUTAERO TSA 30 163 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN ELECTRICAL & POWER	VICHY/CHARMEIL	03	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRICAL & POWER	VILLEMUR	31	 MUTAERO	MUTAERO TSA 30 163 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN ELECTRICAL & POWER	NIORT/CHAURAY		 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRICAL & POWER	CRETEIL	94	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109

Société	Etablissements	Dépt	MUTUELLE	Adresse de correspondance	Téléphone
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE REOSC	SAINT PIERRE DU PERRY	91	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	COTE ROUGE (MONTLUCON )	03	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	DIJON	21	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	ERAGNY	95	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	FOUGERES	35	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	MANTES	78	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	MASSY	91	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	POITIERS	86	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	VALENCE	26	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	BESANCON	25	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	AUXERRE	89	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	LA COURNEUVE	93	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	MALAKOFF	92	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE	JOUE LES TOURS	37	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109

Société	Etablissements	Dépt	MUTUELLE	Adresse de correspondance	Téléphone
SAFRAN ENGINEERING SERVICES	BLAGNAC	31	 MUTAERO	MUTAERO TSA 30 163 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN ENGINEERING SERVICES	BORDES (PAU)	64	 OCIANE MATMUT	OCIANE MATMUT TSA 90 160 31 151 FENOUILLET CEDEX	05 57 22 23 24
SAFRAN ENGINEERING SERVICES	GONFREVILLE L'ORCHER (Le havre)	76	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN ENGINEERING SERVICES	MAGNY LES HAMEAUX - Saclay	78	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN ENGINEERING SERVICES	MOISSY CRAMAYEL – Villaroche	77	 MFTSV	MFTSV TSA 10 161 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN ENGINEERING SERVICES	VITROLLES	13	 MUTAERO	MUTAERO TSA 30 163 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN FILTRATION SYSTEMS	NEXON	87	 M.H.V.	MHV TSA 40 164 31 151 FENOUILLET CEDEX	05 49 21 99 42
SAFRAN HELICOPTER ENGINES	BORDES	64	 OCIANE MATMUT	OCIANE MATMUT TSA 90 160 31 151 FENOUILLET CEDEX	05 57 22 23 24
SAFRAN HELICOPTER ENGINES	BUCHELAY	78	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN HELICOPTER ENGINES	TARNOS	40	 OCIANE MATMUT	OCIANE MATMUT TSA 90 160 31 151 FENOUILLET CEDEX	05 57 22 23 24
SAFRAN LANDING SYSTEMS	BIDOS (OLORON STE MARIE)	64	 OCIANE MATMUT	OCIANE MATMUT TSA 90 160 31 151 FENOUILLET CEDEX	05 57 22 23 24
SAFRAN LANDING SYSTEMS	MOLSHEIM	67	 MUTEST	MUTEST TSA 60 166 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 32 67 68
SAFRAN LANDING SYSTEMS	VELIZY	78	 MFTGS	MFTGS TSA 50 165 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN LANDING SYSTEMS	VILLEURBANNE	69	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN LANDING SYSTEMS SERVICES DINARD	DINARD	35	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN NACELLES	COLOMIERS (Toulouse)	31	 MUTAERO	MUTAERO TSA 30 163 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890

Société	Etablissements	Dépt	MUTUELLE	Adresse de correspondance	Téléphone
SAFRAN NACELLES	LE HAVRE	76	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN NACELLES	PONT AUDEMER	27	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN NACELLES	SACLAY	78	 LA MUTUELLE FAMILIALE	La Mutuelle Familiale TSA 70 167 31151 FENOUILLET CEDEX	01 72 19 31 93
SAFRAN NACELLES	FLORANGE	57	 MUTEST	MUTEST TSA 60 166 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 32 67 68
SAFRAN POWER UNITS	TOULOUSE	31	 MUTAERO	MUTAERO TSA 30 163 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN SA	MALAKOFF	94	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN SA	ITTEVILLE	91	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN SA	PARIS MARTIAL VALIN	75	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN SA	PLAISIR	78	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN SA	SACLAY	78	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN SA	TOULOUSE	31	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN SA	VILGENIS	91	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN SA	PUTEAUX (La Defense)	92	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN SEATS	ISSOUDUN	36	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN SEATS	ST CREPIN IBOUVILLIERS	60	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109

Société	Etablissements	Dépt	MUTUELLE	Adresse de correspondance	Téléphone
SAFRAN SEATS	PLAISIR	78	 SMPS	SMPS TSA 20162 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN TRANSMISSION SYSTEMS	COLOMBES	92	 LA MUTUELLE FAMILIALE	La Mutuelle Familiale TSA 70 167 31151 FENOUILLET CEDEX	01 72 19 31 93
SAFRAN VENTILATION SYSTEMS	BLAGNAC	31	 MUTAERO	MUTAERO TSA 30 163 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN DATA SYSTEMS	COLOMBELLES (Thue et Mue )	14	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN DATA SYSTEMS	LA TESTE DE BUCH	33	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN DATA SYSTEMS	LES ULIS	91	 MFTGS	MFTGS TSA 50 165 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
AIRFOILS ADVANCED SOLUTIONS	SARS ET ROSIERES	59	 MFTSV	MFTSV TSA 10 161 31 151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN MARTIN BAKER	ARGENTEUIL SEMMB	95	 LA MUTUELLE FAMILIALE	La Mutuelle Familiale TSA 70 167 31151 FENOUILLET CEDEX	01 72 19 31 93
SAFRAN TEST CELLS	EVRY/CORBEIL	91	 MFTGS	MFTGS TSA 50 165 31151 FENOUILLET CEDEX	09 69 390 890
SAFRAN Electrical Components	LOCHES	37	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
CERAMIC COATING CENTER	CHATELLERAULT	86	 M.H.V.	MHV TSA 40 164 31 151 FENOUILLET CEDEX	05 49 21 99 42