



**Harmonie
mutuelle**

GR O U P E **vyv**

AVANÇONS collectif

Notice d'information Edition 2025

GARANTIES FRAIS DE SANTE

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION OBLIGATOIRE

MA PREVOYANCE SANTE

Ensemble du Personnel

Contrat : n° **09.07.056**

Effet au : **1^{er} janvier 2025**



SOMMAIRE

CHAPITRE I Dispositions Générales

Article 1 Objet de la présente notice

Article 2 Risques couverts

Article 3 L'adhésion individuelle à la mutuelle

- 3.1 Catégorie éligible
- 3.2 Bénéficiaires des garanties
- 3.3 Garantie des ayants droit de l'adhérent
- 3.4 Prise d'effet de l'adhésion à la souscription du contrat
- 3.5 Prise d'effet de l'adhésion en cours de contrat
- 3.6 Durée de l'adhésion

Article 4 Évènements survenant en cours d'adhésion

- 4.1 Nouveaux bénéficiaires
- 4.2 Autres modifications

Article 5 Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, nullité

- 5.1 A l'initiative de l'adhérent
- 5.2 A l'initiative de la mutuelle
- 5.3 Conséquences de la résiliation et de la radiation

Article 6 Maintien de couverture

- 6.1 Salariés en incapacité temporaire ou en invalidité avec maintien du contrat de travail
- 6.2 Anciens salariés en incapacité temporaire ou invalidité
- 6.3 Salariés en suspension du contrat de travail non rémunéré
- 6.4 Autres suspensions du contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur
- 6.5 Salariés en période de réserves militaires ou policières
- 6.6 Anciens salariés bénéficiaires du dispositif national de Préretraite amiante
- 6.7 Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par France Travail
- 6.8 Licenciés post portabilité
- 6.9 Ayants droit d'un salarié décédé

CHAPITRE II Garanties frais de santé

Article 7 Cadre général

- 7.1 Date d'entrée en vigueur des garanties
- 7.2 Nature de l'indemnisation
- 7.3 Base de remboursement

- 7.4 Pluralité de garanties frais de santé
- 7.5 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés
- 7.6 Non prise en charge de certaines prestations
- 7.7 Déchéance de garantie

Article 8 Versement des prestations

- 8.1 Règlement des prestations
- 8.2 Contrôle

CHAPITRE III Garanties autres que santé

Article 9 Garanties assistance

CHAPITRE IV Cotisations

Article 10 Paiement de la cotisation

- 10.1 Règlement de la cotisation
- 10.2 Incident de paiement
- 10.3 Non-paiement de la cotisation

CHAPITRE V Dispositions diverses

Article 11 Couverture des accidents

- 11.1 Recours subrogatoire
- 11.2 Déclaration d'accident
- 11.3 Tiers payant en cas d'accident
- 11.4 Fausse déclaration ou omission de déclaration

Article 12 Prescription

Article 13 Élection de domicile

Article 14 Echanges de données informatisées

Article 15 Protection des données à caractère personnel

Article 16 Réclamations et médiation

Article 17 Autorité de contrôle

Article 18 Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption

ANNEXE 1 – Tableaux des Garanties

ANNEXE 2 – Liste des mutuelles gestionnaires coassureurs

ANNEXE 3 – Liste des Sociétés et de leurs établissements entrant dans le champ d'application de la présente notice

ANNEXE 4 - Coordonnées

CHAPITRE I

» DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 OBJET DE LA PRESENTE NOTICE

Le souscripteur du contrat s'engage à mettre à disposition de chaque adhérent la notice d'information en vigueur établie par l'Assureur. Ce document définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à remplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des exclusions, des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le terme « la mutuelle » utilisé désigne les mutuelles gestionnaires coassureurs des établissements de l'adhérent, selon la répartition présentée en Annexe 3 de la présente notice.

L'assurance est confiée à Harmonie Mutuelle et aux mutuelles listées en Annexe 2 de la présente notice et qui ont mandaté Harmonie Mutuelle pour agir en leur nom.

Les mutuelles reçoivent délégation de gestion du contrat et à cet effet :

- Les salariés adhèrent à la mutuelle gestionnaire coassureur désignée pour leur établissement (cf Annexe 3) ;
- Les mutuelles gestionnaires coassureurs traitent les dossiers qui sont adressés par les salariés et leur versent directement les prestations et sont les interlocutrices de chaque salarié pour tout ce qui concerne le paiement des prestations (cf Annexe 3) ;
- Les salariés bénéficient des services de la mutuelle désignée (tiers payant, assistance, accès à des établissements sanitaires et sociaux).

La présente notice annule et remplace la précédente version transmise à chaque adhérent sans incidence sur les dispositions antérieures.

ARTICLE 2 RISQUES COUVERTS

Les garanties 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 Safran rembourse également certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale, telles que définies dans le détail des garanties.

ARTICLE 3 L'ADHÉSION INDIVIDUELLE À 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 l'Assureur selon les modalités mises en place par le Groupe SAFRAN.

3.1 Catégorie éligible

L'adhésion au contrat est réservée à l'ensemble des salariés inscrits aux effectifs des sociétés du Groupe SAFRAN visées à l'annexe 3 tels que définis à l'accord relatif à la Prévoyance complémentaire des salariés du Groupe SAFRAN et ses avenants successifs, ainsi qu'aux salariés des structures bénéficiant d'un avenant d'extension du régime ayant été dûment affiliés au présent régime.

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) ayant leur propre immatriculation et qui justifient de la poursuite de leurs études à temps plein et au plus tard jusqu'à leur 26ème anniversaire,
- les enfants du salarié ou ceux de son conjoint (ou assimilé) ayant leur propre immatriculation et qui justifient de la poursuite de leurs études à temps partiel, en contrat d'apprentissage (apprentissage ou professionnalisation) et au plus tard jusqu'à leur 26ème anniversaire,

- 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 des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 relatives 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).

L'affiliation est obligatoire pour les ayants droit, tel que notifié dans l'acte juridique.

3.3 Garantie des ayants droit de l'adhérent

La garantie des ayants droit est identique à celle de l'adhérent.

3.4 Prise d'effet de l'adhésion à la souscription du contrat

Pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur à la date d'effet du contrat collectif et entrant dans la catégorie éligible visée à la notice d'information, l'adhésion prend effet à cette même date.

Toutefois, les salariés peuvent être dispensés d'affiliation au contrat sous réserve des cas de dispenses de droit instaurées par la législation, selon les modalités prévues à l'article 3.2 de l'accord relatif à la Prévoyance complémentaire des salariés du Groupe Safran et des cas de dispense prévus par l'article de l'accord précité.

3.5 Prise d'effet de l'adhésion en cours de contrat

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à la date d'embauche ou à la date d'entrée dans la catégorie éligible visée à la notice d'information.

3.6 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelé par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf la survenance de l'un des événements listés à l'article *Résiliation à titre exceptionnel*.

ARTICLE 4 ÉVÉNEMENTS SURVENANT EN COURS D'ADHÉSION

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer au souscripteur dans un délai de 1 mois à compter de sa survenance tout changement de domicile ou de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire 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 jour du mariage, du PACS ou au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande de concubinage.

4.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de leur demande par la mutuelle.

ARTICLE 5 RÉSILIATION DE LA GARANTIE, RADIATION D'UN AYANT DROIT, NULLITÉ

5.1 A l'initiative de l'adhérent

Radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit en remplissant un bulletin de modification qu'il remet au souscripteur, sous condition et sous réserve de produire les justificatifs demandés.

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	Au jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif
Rupture du contrat de travail	Au jour de la rupture du contrat ou du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur
Rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur	
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.
Bénéfice d'un cas de dispense d'adhésion par l'adhérent admis par les réglementations sociales et fiscales	Au 1er jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que le cas de dispense soit valide

La Mutuelle peut également mettre fin aux garanties si les conditions exigées pour être adhérent ne sont plus remplies.

Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

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

MOTIF DE LA DEMANDE DE RADIATION	DATE D'EFFET DE LA RADIATION
Bénéfice d'un cas de dispense d'adhésion admis par les réglementations sociales et fiscales	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au 1er 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.

En cas de résiliation de l'adhérent, ses ayants droit sont automatiquement radiés à la même date (à l'exception des ayants droit dans le cadre du dispositif Loi EVIN).

Dans tous les cas, l'adhérent doit se rapprocher du souscripteur pour réaliser une radiation à titre exceptionnel.

La Mutuelle peut également mettre fin aux garanties si les conditions exigées pour être ayant droit ne sont plus remplies.

5.2 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.

5.3 Conséquence de la résiliation et de la radiation

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation ou 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.

A compter de la date d'effet de la résiliation ou de la 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 ne plus utiliser sa ou ses cartes mutualistes et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait par son adhésion à celle-ci.

ARTICLE 6 MAINTIEN DE COUVERTURE

Pour être maintenus au régime de frais de santé, les salariés en suspension du contrat de travail non rémunérée, en invalidité non rémunérée, les anciens salariés (en incapacité temporaire, en invalidité, bénéficiaires du dispositif préretraite Amiante, en portabilité ou en maintien loi Evin), ainsi que les ayants droit d'un salarié décédé devront renseigner une demande de maintien de garanties au moyen d'un imprimé spécifique disponible auprès de leur service du personnel.

6.1 Salariés en incapacité temporaire ou en invalidité avec maintien du contrat de travail

Les garanties, dans le cas où elles ont été souscrites pendant la période d'activité précédant l'arrêt de travail, sont maintenues aux salariés indemnisés au titre d'une incapacité ou d'une invalidité.

Ce maintien s'effectue en contrepartie du versement de cotisations identiques à celles des salariés en activité et selon la même répartition entre l'entreprise et le salarié que celle prévue pour les salariés actifs.

Les garanties sont maintenues pendant la durée de l'incapacité ou invalidité, jusqu'à la reprise d'une activité professionnelle et au plus tard jusqu'à la liquidation de la retraite.

6.2 Anciens salariés en incapacité temporaire ou en invalidité

Après rupture du contrat de travail, les anciens salariés peuvent continuer à bénéficier de la couverture Frais de santé. Ce maintien s'effectue en contrepartie du versement d'une cotisation globale identique à celle des salariés en activité. La paiement de la cotisation sera à la charge exclusive des anciens salariés.

6.3 Salariés en suspension du contrat de travail non rémunéré

Pendant la période de suspension du contrat de travail non rémunérée, les garanties du régime frais de santé sont maintenues pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors que le paiement de la cotisation a été effectué pour le mois en cours pour les salariés en suspension du contrat de travail non rémunéré notamment les congés suivants :

- Congé parental d'éducation visé aux articles L.1225-47 et suivants du Code du travail ;
- Congé sans solde tel que convenu entre l'employeur et le salarié ;
- Congé pour création d'entreprise visé aux articles L.3142-105 et suivants du Code du travail ;
- Congé individuel de formation ;
- Congé sabbatique visé aux articles L.3142-28 et suivants du Code du travail ;
- Congé de présence parentale,

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

Le maintien pendant le mois civil suivant la suspension du contrat de travail s'effectue sans versement de cotisations salariale ou patronale.

Au terme de cette période, le maintien des garanties précitées est proposé en contrepartie du versement de cotisations globales identiques à celles des salariés en activité et selon les mêmes répartitions entre l'entreprise et le salarié que celles prévues pour les salariés actifs, pendant une période de 11 mois.

Au-delà de 12 mois, le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) est à la charge exclusive du salarié.

6.4 Autres suspensions du contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur

Les garanties du régime frais de santé de référence sont maintenues. Le salarié et l'Entreprise s'acquittent des cotisations, calculées sur le montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail (indemnisation légale, le cas échéant, complétée d'une indemnisation complémentaire versée par l'employeur).

6.5 Salariés en période de réserves militaires ou policières

Les garanties continuent à s'appliquer aux salariés dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu en période de réserves militaires ou policières :

■ s'ils bénéficient d'un maintien de rémunération, la base de calcul de la part de cotisation assise sur le salaire correspond au salaire brut dans la limite des tranches de rémunération A,B et C,

■ en l'absence de maintien de rémunération, la base de calcul de la part de cotisation assise sur le salaire correspond au salaire brut des douze mois civils précédant la suspension du contrat de travail dans la limite des tranches de rémunération A,B et C.

6.6 Anciens salariés bénéficiaires du dispositif national de préretraite amiante

Les salariés entrant dans le cadre du dispositif National de Préretraité A미ante peuvent bénéficier du maintien des garanties du régime de référence au plus tard jusqu'à l'âge de la liquidation de la retraite.

Ce maintien s'effectue en contrepartie du versement de cotisations identiques à celles des salariés en activité et selon les mêmes répartitions entre l'entreprise et le salarié que celles prévues pour les salariés actifs.

6.7 Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par France Travail

En application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies dans la présente notice, sous réserve qu'ils satisfassent aux conditions cumulatives suivantes :

- Le contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'Assurance chômage, convention de sécurisation professionnelle etc...), à l'exception du licenciement pour faute lourde ;
- L'ancien salarié doit justifier auprès de sa mutuelle sa prise en charge par le régime d'Assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- Les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire que l'ancien salarié bénéficie, à la date de cessation de son contrat de travail, du régime frais de santé prévu au contrat.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié (terme du délai de préavis, effectué ou non), et se prolonge pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur. Cette durée, est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations notamment) pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité, ainsi qu'à leurs ayants droit le cas échéant.

Le bénéfice du maintien des garanties est étendu aux ayants droit des anciens salariés, dès lors qu'ils ont été déclarés et dûment affiliés au contrat, au plus tard avant la date de cessation du contrat de travail.

6.8 Licenciés post portabilité

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, les anciens salariés licenciés peuvent dans les cas visés ci-après demander le maintien auprès de la mutuelle de la couverture santé, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens salariés licenciés, privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits.

Ce maintien s'effectue en contrepartie du versement d'une cotisation globale identique à celle des salariés en activité.

Le paiement de la cotisation sera à la charge exclusive des anciens salariés.

6.9 Ayants droit d'un salarié décédé

La garantie «Ma Prévoyance Santé » peut être maintenue au conjoint d'un salarié décédé en activité et à ses ayants droit bénéficiaires du régime au moment du décès.

Ce maintien s'effectue jusqu'à la liquidation de la retraite du conjoint survivant et s'il s'agit d'enfants jusqu'à ce qu'ils ne soient plus à charge au sens du régime, et en contrepartie du versement d'une cotisation globale identique à celle des salariés en activité répartie de la même façon entre l'entreprise et l'ayant droit que celle prévue pour les salariés actifs.

CHAPITRE II

» GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 7 CADRE GÉNÉRAL

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.

En aucun cas les termes du contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats responsables. En cas de contradiction, les règles du contrat responsable, y compris dans de futures dispositions légales et réglementaires, priment sur les présentes dispositions.

7.1 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit inscrits bénéficient des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet mentionnée aux articles *Prise d'effet de l'adhésion* et *Nouveaux bénéficiaires*.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article *Paiement de la cotisation*.

7.2 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.**

7.3 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au tableau 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 (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf avenant éventuellement signé entre le souscripteur et la mutuelle, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

7.4 Pluralité de garanties 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 leurs dates de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

7.5 Limitation de prise en charge dans le cadre du contrat responsable

Dans le cadre 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 aux paragraphes 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 partagé 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 défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport.

7.6 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 en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (côtés DE : Dépassements pour Exigence) par les professionnels de santé dans le cadre des rapports conventionnels avec l'Assurance maladie obligatoire).

Le médecin peut appliquer ces dépassements d'honoraires exceptionnels par exemple si le malade demande un rendez-vous en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ou à domicile sans raison de santé, pour ne pas se déplacer.

Le masseur kinésithérapeute peut appliquer ces dépassements d'honoraires exceptionnels par exemple pour des soins donnés en dehors de l'horaire normal d'activité du masseur kinésithérapeute.

- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les frais liés aux séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les établissements médico-sociaux, y compris les maisons d'accueil spécialisées, 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, y compris les établissements d'hébergements pour personnes dépendantes (EHPAD).

7.7 Déchéance de garantie

Si l'adhérent ou l'ayant droit réalise une fausse déclaration de sinistre, c'est-à-dire s'il utilise volontairement des renseignements ou des documents inexacts ou falsifiés comme justificatifs ou utilise tout autre moyen frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations, il est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné. Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de la mutuelle.

ARTICLE 8 VERSEMENT DES PRESTATIONS

8.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le tableau descriptif des garanties sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement définie par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties annexé à 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 et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

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

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé. L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées au tableau descriptif des garanties 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 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, 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 prétraitements 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 (1) ou la maternité (2) hors forfait journalier hospitalier ;
- la date de la journée d'hospitalisation pour le forfait journalier hospitalier ;
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance ;
- la date des soins transmise par le régime obligatoire pour les traitements d'orthodontie acceptée par celui-ci, et la date de fin de semestre pour l'orthodontie refusée par le régime obligatoire.

(1) Le cas échéant, la chambre est prise en charge :

- en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

- ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

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

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- 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 ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, 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, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais engagés.

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 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, délai et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros.

Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire, elles sont versées dans un délai maximum de cinq 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 48 heures 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 directement aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mis 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.

Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

8.2 Contrôle

Afin de se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du versement des prestations, de vérifier la réalité des dépenses engagées et la réalité des prestations elles-mêmes, la mutuelle se réserve la possibilité de demander au bénéficiaire en plus des pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation des pièces complémentaires, y compris médicales.

Le service médical de la mutuelle peut ainsi 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 ou bénéficie de prestations au titre du contrat. Ce contrôle s'exerce sur production par le bénéficiaire de pièces justificatives médicales aux professionnels de santé sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention du service professionnel de santé choisi par la mutuelle à l'adresse inscrite dans la demande de pièces et éventuellement par expertise médicale.

Ces pièces et contrôles peuvent être demandées ou effectués avant ou après le paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

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

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire peut être accompagné par son médecin traitant ou tout professionnel de santé de son choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou opposer les conclusions de son médecin traitant ou d'un professionnel de santé de son choix. Les honoraires du professionnel de santé choisi par le bénéficiaire restent à la charge de ce dernier.

CHAPITRE III

» GARANTIES AUTRES QUE SANTÉ

ARTICLE 9 GARANTIES ASSISTANCE

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient également d'une garantie d'assistance.

La garantie d'assistance a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la mutuelle, sur décision de son assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Ce contrat collectif est assuré auprès d'un assureur agréé dont la dénomination, les mentions légales et les coordonnées sont stipulées en annexe.

Une notice d'information spécifique à ces garanties est mise à disposition de l'adhérent par le souscripteur.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur.

CHAPITRE IV

» COTISATIONS

Les cotisations sont déterminées par année civile.

Elles sont déterminées en fonction du niveau de garanties choisi par le souscripteur et du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent les adhérents.

Les cotisations du régime « Ma Prévoyance Santé » sont exprimées en valeur mensuelle avec une partie forfaitaire en euros et une partie en pourcentage des tranches A, B et C du salaire Brut.

Pour l'application de la présente notice :

- La tranche A désigne la rémunération servant d'assiette aux cotisations de Sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale, qui renvoie à l'article L. 136-1-1 du même Code, pris en compte dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- La tranche B désigne la rémunération servant d'assiette aux cotisations de Sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale, qui renvoie à l'article L. 136-1-1 du même Code, compris entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- La tranche C désigne la rémunération servant d'assiette aux cotisations de Sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale, qui renvoie à l'article L. 136-1-1 du même Code, compris entre quatre et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale."

Les cotisations varient et sont payées en fonction de la situation réelle de famille du salarié conformément à la doctrine de la Sécurité sociale et selon les définitions suivantes :

- Cotisation « Isolé » :
 - Pour les salariés déclarant ne pas avoir d'ayants droit au sens de la présente notice (célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps) ;
 - Pour les salariés ayant déclaré des ayants droit au sens de la présente notice mais dont le conjoint et les enfants sont déjà couverts par un régime obligatoire de remboursement de frais de santé et qui ont choisi de souscrire pour leur seule protection (mutuelle d'entreprise obligatoire) ;
- Cotisation « Duo + » :
 - Pour les salariés mariés, pacsés ou vivant en concubinage sans enfant à charge ;
 - Pour les salariés seuls (célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps) et qui ont un ou plusieurs enfants à charge.
- Cotisation « Famille » :
 - Pour les salariés déclarant comme ayant droit un conjoint (ou concubin ou partenaire de PACS) ainsi qu'un ou des enfants tels que définis à l'article 3.2 de la présente notice.
 - Pour les salariés mariés, pacsés ou vivant en concubinage, qui bénéficient d'une dérogation pour le conjoint, mais dont les enfants ne sont pas couverts obligatoirement par le régime du conjoint.

Pour les adhérents dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours de mois, le montant des cotisations est calculé de la manière suivante :

- La part de cotisation proportionnelle au salaire TA, TB, TC est calculé sur la base du salaire réellement versé au cours du mois,
- En cas d'affiliation avant le 16 du mois ou de radiation après le 15 du mois, la part forfaitaire au titre de « Ma Prévoyance Santé » est due intégralement,
- En cas d'affiliation après le 15 du mois ou de radiation avant le 16 du mois, la part forfaitaire au titre de « Ma Prévoyance Santé » n'est pas due.

Le changement de catégorie de cotisation lié à une modification de situation de famille et se traduisant par un changement de la part forfaitaire est appliquée au 1^{er} du mois suivant l'évènement.

ARTICLE 10 PAIEMENT DE LA COTISATION

10.1 Règlement de la cotisation

Les cotisations sont payées mensuellement à terme échu, au plus tard pour le 15 du mois suivant, par la société adhérente directement à l'Assureur pour ce qui est des salariés actifs (article 3.2), en incapacité temporaire ou en invalidité (article 6.1) dont le contrat de travail n'est pas rompu, les salariés en suspension de contrat de travail avec le revenu de remplacement (article 6.4) et les salariés en période de réserve militaire ou policière rémunérée.

La part de cotisation variable en fonction de la rémunération des salariés en suspension de contrat de travail (article 6.3), en incapacité temporaire ou en invalidité non rémunérée (article 6.1), dont le contrat de travail a été rompu, en invalidité non rémunérée dont le contrat de travail n'est pas rompu, les salariés en réserve militaire ou policière non rémunérée ainsi que celles des autres catégories définies aux articles 6.6 à 6.9 est déterminée sur la base du salaire brut des 12 derniers mois d'activité (revalorisé en fonction de l'évolution du point AGIRC-ARRCO au 1^{er} janvier de chaque année).

Les cotisations sont appelées trimestriellement et d'avance par la mutuelle gestionnaire auprès de ces bénéficiaires et, lorsqu'il y a maintien de la participation employeur, de la société adhérente concernée.

10.2 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 ;
- et d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet du mode de paiement effectué notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

10.3 Non-paiement de la cotisation

En cas de précompte de la cotisation par le souscripteur

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 90 jours de l'échéance.

10 jours après l'échéance, un premier courrier de mise en demeure ou un recommandé électronique avec accusé de réception, informe le souscripteur que les garanties peuvent être suspendues, à défaut de paiement sous 30 jours.

40 jours après l'échéance, un second courrier de mise en demeure, ou un recommandé électronique avec accusé de réception, doit informer le souscripteur que les garanties seront résiliées, à défaut de paiement à l'expiration d'un nouveau délai de 50 jours.

Les garanties suspendues reprennent 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.

En cas de règlement de la cotisation par l'adhérent

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 premier courrier de mise en demeure ou un recommandé électronique avec accusé de réception informe l'adhérent que sa garantie peut être suspendue, à défaut de paiement sous 30 jours.

40 jours après l'échéance, un second courrier de mise en demeure, ou un recommandé électronique 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 V

» DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 11 COUVERTURE DES ACCIDENTS

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

11.1 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.

11.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans un délai de 3 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 pour obtenir le remboursement des prestations versées à cet accident.

11.3 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.

11.4 Fausse déclaration ou omission de déclaration

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ayant donné lieu à la signature d'un bulletin de modification d'adhésion, ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur la réalisation du risque, expose l'adhérent à l'application des sanctions décrites ci-après.

En application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion de la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé de la part de l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations payées demeurent acquises à la mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La mutuelle peut, par ailleurs engager des poursuites pour la récupération des prestations indûment réglées.

ARTICLE 12 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'adhésion au présent contrat 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.
- en cas de réalisation du risque, 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'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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 13 ELECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du contrat, les parties conviennent d'élire domicile en leurs sièges sociaux respectifs.

Si le souscripteur a son siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, il doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

ARTICLE 14 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 15 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 coassureur, en charge de la gestion des remboursements et co-assureur 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, patrimoniale 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 « Clauses Contractuelles Types de Responsable de Traitement », par des règles internes d'entreprises contraignantes mises en place par le Prestataire ou par tout autre instrument juridique contraignant encadrant 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

Pour le Client : 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 16 RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

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.

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 la mutuelle, 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 la mutuelle, en écrivant au service de médiation indépendant dont les coordonnées lui auront été communiquées au préalable.

La saisine du médiateur suspend la prescription jusqu'à la fin de la médiation.

ARTICLE 17 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l'autorité administrative dont la dénomination et les coordonnées sont stipulées en annexe.

ARTICLE 18 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). Afin de permettre à la Mutuelle de respecter ces obligations, l'adhérent s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs demandés. 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.

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de l'Assureur, disponible à l'adresse suivante : <https://www.harmonie-mutuelle.fr/anticorruption-nos-engagements>

Annexe 1 : Tableaux des Garanties

Garanties		Ma Prévoyance Santé
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)		120 € / jour
Chambre ambulatoire		80 € / jour
Lit d'accompagnant : enfant couvert par le contrat		110 € / 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		
Soins et prothèses 100% Santé (4)		prise en charge intégrale
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 + 400% 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
Grefte 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 (7)

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

Equipements 100% Santé (4)	prise en charge intégrale
-----------------------------------	----------------------------------

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	294 € / an / bénéficiaire et au minimum TM
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	294 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toutes amétropies)	917 € / œil

AIDES AUDITIVES

Equipements 100% Santé (4) : à compter du 1er janvier 2021

prise en charge intégrale

Equipements du panier libre :

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

AUTRES PRESTATIONS

Indemnité de naissance ou adoption (9)	10 % PMSS
Cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale	TM + 367 €
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture (10)	50 € / séance (max 5 / an / bénéf.)
Acte de prévention : substituts nicotiniques (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	200 € / 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.

** La base de remboursement (BR) est reconstituée

*** 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) 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 01/01/2025 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) Sophrologie, réflexologie, Nathuropathie : 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 Dietéticien, 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
(11) Au-delà de 4 substituts nicotiniques 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°FINESS 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 (Décret n°2004-1453 du 23/12/2004 et Décret n°2024-113 du 16/02/2024),
- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 applicable du 01/01/2024 au 30/03/2024 et Décret n° 2024-114 applicable au 31/03/2024).

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.

Annexe 2 : Liste des mutuelles gestionnaires et coassureurs

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
MUTUELLE OCIANE MATMUT	35 Rue Claude Bonnier 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

Annexe 3 : Liste des sociétés et de leurs établissements entrant dans le champ d'application de la présente notice

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
ASTERIOS TECHNOLOGIES	MASSY	91		SMPS	SMPS TSA 20162 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	79		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 ELECTRICAL & POWER	CHATOU/CONFLANS	78	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
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	CESSON SEVIGNE	35	 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
SAFRAN ELECTRONICS & DEFENSE BEACONS SAS	GUIDEL	56	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109
SAFRAN TRUSTED 4D SAS	LES ULIS	91	 HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31151 FENOUILLET CEDEX	0 980 980 109

Annexe 4 : Coordonnées

INTERLOCUTEURS

ADRESSES

ASSISTANCE

» Ressources Mutuelles Assistance

(RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex

Numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28)

RÉCLAMATIONS

» Soit par courrier à l'adresse figurant sur votre carte mutualiste.

DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

» par courrier à :

Harmonie Mutuelle – Service DPO
29 quai François Mitterrand
44 273 Nantes cedex 2

» ou par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr

CNIL

» Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)

3 Place de Fontenoy - TSA 80715
75334 Paris cedex 07
(www.cnil.fr.)

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

» Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)

4 place de Budapest - CS 92459
75436 Paris cedex 09.