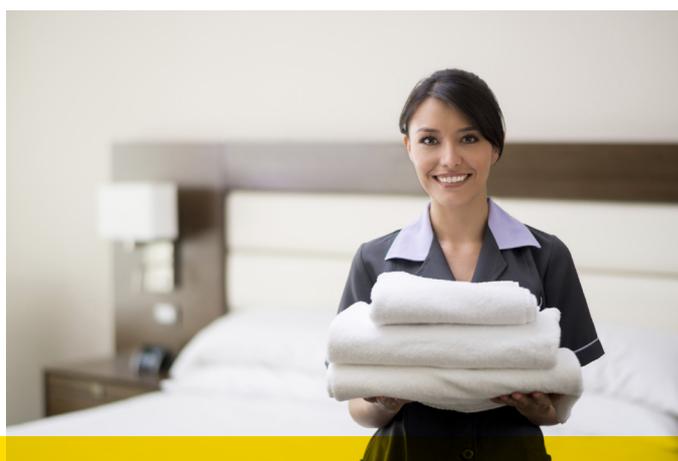
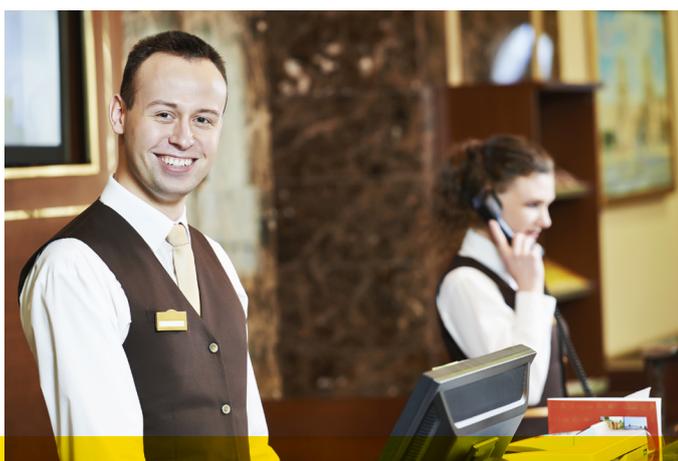


# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE Hôtels - Cafés - Restaurants



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ  
POUR L'ENSEMBLE DES SALARIÉS

[www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr)



**Harmonie**  
mutuelle

GRUPE **vyv**

# Harmonie Mutuelle, partenaire des Hôtels - Cafés - Restaurants

Les partenaires sociaux ont instauré à compter du 01 janvier 2011, un régime obligatoire de frais de santé, au bénéfice des salariés de la branche.

L'ensemble des salariés cadres et non cadres ayant plus d'un mois civil d'ancienneté dans la même entreprise sont concernés.

Harmonie Mutuelle propose, pour les entreprises de moins de 75 salariés de la branche, une offre comprenant :

- 3 garanties souscrites en base complète ou en base + option.

Nous vous accompagnons dans la mise en œuvre d'une complémentaire santé au sein de vos entreprises clientes



## Les + pour les salariés

∴ Un tarif de groupe

∴ Un réseau national de professionnels de santé avec de nombreux avantages : Kalivia

- Des réductions sur des soins coûteux et peu remboursés par le Régime Obligatoire.
- Des prestations et des services de qualité, respectant une charte éthique de bonnes pratiques.
- Pas d'avance de frais, grâce au tiers payant systématique.



**Kalivia Optique** : plus de 5 200 centres d'optique partenaires.



**Kalivia Audio** : plus de 3 500 centres d'audioprothèse partenaires.



**Kalivia Dentaire** : plus de 3 000 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires.



∴ **Une assistance 24h/24 et 7j/7** : aide à domicile, garde d'enfants, soutien psychologique...

∴ **Une prévention intégrée aux garanties** : forfait médecines douces, forfait sevrage tabacique...

∴ **L'action sociale** : en cas de difficultés liées à la maladie, de problèmes familiaux ou financiers...

## COTISATIONS TTC APPLICABLES au 1<sup>er</sup> janvier 2019

	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
	Régime Général	Régime Local	Régime Général	Régime Local	Régime Général	Régime Local
<b>Une base obligatoire + deux options facultatives</b>	<b>Base obligatoire</b>		<b>Option 1</b>		<b>Option 2</b>	
Salarié	30,10 €	21,07 €	39,48 €	39,48 €	53,06 €	53,06 €
Conjoint	40,37 €	28,27 €	39,48 €	39,48 €	53,06 €	53,06 €
Enfant	23,81 €	16,67 €	21,93 €	21,93 €	27,09 €	27,09 €

	Niveau 2		Niveau 3	
	<b>Base obligatoire</b>		<b>Option</b>	
Salarié	68,82 €	60,21 €	12,42 €	12,42 €
Conjoint	79,09 €	67,74 €	12,42 €	12,42 €
Enfant	45,32 €	37,63 €	4,51 €	4,51 €

	Niveau 3	
	<b>Régime unique</b>	
Salarié	80,64 €	56,45 €
Conjoint	90,91 €	63,64 €
Enfant	49,62 €	34,74 €

# Votre garantie

## Soins médicaux et para-médicaux

Consultations, visites : généralistes et spécialistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée			
- Autres praticiens			
Actes de sages-femmes			
Consultations psychologues <sup>(1)</sup>			
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...			
Ambulances, véhicules sanitaires légers...			

## Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)

Médicaments à SMR important			
Médicaments à SMR modéré			
Médicaments à SMR faible			

## Analyses et examens

Actes techniques médicaux et d'échographie			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée			
- Autres praticiens			
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée			
- Autres praticiens			
Examens de laboratoires			
Actes non remboursés par le régime obligatoire <sup>(2)</sup>			

## Appareillages et accessoires médicaux

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire			
Prothèses auditives			
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives <sup>(3)</sup>			

## Cures thermales

Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier			
+ Forfait supplémentaire			

## Hospitalisation\*

Frais de séjour			
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée			
- Autres praticiens			
Ambulances, véhicules sanitaires légers...			
Forfait journalier hospitalier			
Chambre particulière avec nuitée <sup>(5)(6)</sup>			
Chambre particulière en ambulatoire <sup>(7)</sup>			
Frais d'accompagnant			

## Maternité

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée			
- Autres praticiens			
Chambre particulière avec nuitée <sup>(5)(8)</sup>			
Indemnité de naissance <sup>(9)</sup>			

## Optique

### Enfant (moins de 18 ans) <sup>(10)</sup>

Monture			
<b>Par verre dans le réseau KALIVIA <sup>(11)(12)</sup></b>			
- Simple			
- Complexe			
- Très complexe			
<b>Par verre hors réseau</b>			
- Simple			
- Complexe			
- Très complexe			

### Adulte (18 ans et plus) <sup>(10)</sup>

Monture			
<b>Par verre dans le réseau KALIVIA <sup>(11)(12)</sup></b>			
- Simple			
- Complexe			
- Très complexe			
<b>Par verre hors réseau</b>			
- Simple			
- Complexe			
- Très complexe			
Lentilles acceptées par le régime obligatoire			
Lentilles refusées par le régime obligatoire			
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			

	Niveau 1 Sécurité sociale + Part. mutuelle	Niveau 2 Sécurité sociale + Part. mutuelle	Niveau 3 Sécurité sociale + Part. mutuelle
	120 %	300 %	400 %
	100 %	200 %	200 %
	100 %	300 %	400 %
	-	120€ / an	140 € / an
	100 %	300 %	400 %
	100 %	100 %	100 %
	100 %	100 %	100 %
	100 %	100 %	100 %
	120 %	300 %	400 %
	100 %	200 %	200 %
	100 %	300 %	400 %
	100 %	200 %	200 %
	100 %	100 %	100 %
	Oui	Oui	Oui
	160 %	300 %	400 %
	125 %	300 %	400 %
	400 €/Appareil	400 €/Appareil	400 €/Appareil
	100 %	100 %	100 %
	-	-	10 % PMSS
	210 %	Frais réels	Frais réels
	330 %	500 %	Frais réels <sup>(4)</sup>
	200 %	200 %	200 %
	100 %	100 %	100 %
	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	50 €/Nuit	90 €/Nuit	120 €/Nuit
	50 €/Jour	50 €/Jour	50 €/Jour
	15 €/Jour	50 €/Jour	80 €/Jour
	330 %	500 %	Frais réels <sup>(4)</sup>
	200 %	200 %	200 %
	1.50 % du PMSS/Nuit	3 % du PMSS/Nuit	4 % du PMSS/Nuit
	8 % du PMSS	8 % du PMSS	15 % du PMSS
	60 % + 100 €	60 % + 100 €	60 % + 100 €
	60 % + 185 €	PEC intégrale	PEC intégrale
	60 % + 300 €	PEC intégrale	PEC intégrale
	60 % + 311 €	PEC intégrale	PEC intégrale
	60 % + 185 €	60 % + 185 €	60 % + 185 €
	60 % + 300 €	60 % + 300 €	60 % + 325 €
	60 % + 311 €	60 % + 311 €	60 % + 350 €
	60 % + 100 €	60 % + 100 €	60 % + 100 €
	60 % + 185 €	PEC intégrale	PEC intégrale
	60 % + 300 €	PEC intégrale	PEC intégrale
	60 % + 311 €	PEC intégrale	PEC intégrale
	60 % + 185 €	60 % + 185 €	60 % + 185 €
	60 % + 300 €	60 % + 300 €	60 % + 325 €
	60 % + 311 €	60 % + 311 €	60 % + 350 €
	100 % + 250 €/An	100 % + 250 €/An	100 % + 300 €/An
	250 €/An	250 €/An	300 €/An
	-	-	500 €/Oeil

# Votre garantie (suite)

## Dentaire

Soins			
Inlays-onlays			
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire <sup>(13)</sup>			
- Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) <sup>(14)</sup>			
- Prothèses type céramique sur molaire et prothèses métal sur toutes dents			
- Inlays-Core			
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire <sup>(15)</sup>			
Prothèses fixes transitoires sur dent naturelle			
Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire			
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire			
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			
Implantologie <sup>(16)(17)(18)</sup>			

### Dans le réseau des praticiens partenaires Kalivia dentaire <sup>(19)</sup>

La mutuelle majeure sa prise en charge de 15 % du montant du remboursement de la mutuelle pour les actes prothétiques, orthodontiques, d'implantologie et de parodontologie à honoraire plafonné <sup>(20)</sup>

Inlays-onlays <sup>(21)</sup>			
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire <sup>(21)</sup>			
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire, semestre de traitement <sup>(21)</sup>			
Bonification implant entre 2 dents saines <sup>(21)</sup>			
Scellement des sillons pour une prémolaire <sup>(21)</sup>			

Les remboursements de la mutuelle :

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),

- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle.

## Médecines douces

Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Etiopathie et Acupuncture <sup>(1)(17)</sup>

Consultations pédicure / podologue <sup>(1)</sup>

## Contraception féminine

Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) <sup>(22)</sup>

Pilule contraceptive du lendemain <sup>(22)</sup>

## Prévention

Equilibre alimentaire - Diététique <sup>(1)(17)(23)</sup>

Vie sans tabac - Sevrage tabagique <sup>(24)</sup>

Vaccin anti-grippal et autres vaccins <sup>(2)(17)</sup>

Séances de psychomotricité <sup>(1)(25)</sup>

## Harmonie Santé Services

Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Sécurité sociale + Part. mutuelle	Sécurité sociale + Part. mutuelle	Sécurité sociale + Part. mutuelle
100 %	320 %	520 %
270 %	420 %	520 %
310 %	400 %	520 %
310 %	400 %	520 %
310 %	400 %	520 %
240 %	400 %	450 %
240 %	400 %	450 %
310 %	400 %	520 %
266 %	400 %	550 %
100 %	300 %	400 %
-	500 €/Implant	700 €/Implant
-	Oui	Oui
-	-	PEC intégrale
-	-	PEC intégrale
-	-	PEC intégrale
-	PEC intégrale	PEC intégrale
-	PEC intégrale	PEC intégrale
300 €/An	300 €/An	300 €/An
300 €/An	300 €/An	300 €/An
3 % du PMSS/An	3 % du PMSS/An	3 % du PMSS/An
3 % du PMSS/An	3 % du PMSS/An	3 % du PMSS/An
-	120 €/An	140 €/An
80 €/An	80 €/An	80 €/An
-	-	35 €/An
-	120 €/An	140 €/An
Oui	Oui	Oui

\* Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :

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

(1) Plafond commun - prise en charge limitée par année civile et par bénéficiaire.

(2) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.

(3) Deux forfaits par année civile et par bénéficiaire.

(4) ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES

Prise en charge limitée à 500% de la base de remboursement.

(5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(6) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.

(7) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(8) Limité à 8 nuits.

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

(10) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00.

La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

(11) Remboursement assurant la prise en charge intégrale (PEC intégrale) de verres, amovibles en fonction du besoin de correction, durcis et traités antireflets. La notice contractuelle concernant ce remboursement intégral est disponible sur simple demande.

La prise en charge intégrale s'entend dans la limite des maxima du contrat responsable fixés au 3° de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

(12) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalivia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.

(13) Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM.

(14) Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux.

(15) Les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> inters du bridge ne sont pas remboursables.

(16) Prise en charge liée à l'ostéo-intégration.

(17) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(18) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire.

(19) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un praticien partenaire agréé Kalivia dentaire. Les coordonnées de ces praticiens sont disponibles sur l'espace adhérent du site internet de la mutuelle ou sur simple demande.

(20) La liste complète des actes concernés est disponible sur simple demande.

(21) La prise en charge intégrale (PEC intégrale) est limitée à un acte de référence. La liste complète des actes concernés est disponible sur simple demande.

(22) Plafond commun.

(23) Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.

(24) Prise en charge des substituts nicotiques et/ou consultation cognitive-comportementale, sur prescription médicale.

Après intervention du Régime Obligatoire.

(25) Prise en charge limitée en médecine, psychiatrie, convalescence et réadaptation à 30 nuits par année civile et par bénéficiaire. Chirurgie : exclue.

### 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.
- 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.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (estimé à 3 377€, en attendant la parution officielle du PMSS 2019)

