

# Devoir de conseil

## Votre identité

M smdlfk smdlfkdsdf  
sdlfkm  
37000 TOURS  
Profession : sdfk

Situation de famille :  
Nombre de personne à garantir : 1  
Date de naissance : 01/04/1993

Vous êtes représentant de l'entreprise :

DEMECO  
11 ALLEE NICEPHORE NIEPCE  
94300 VINCENNES

SIRET : 30716599300048  
NAF : 4942Z  
Nombre de salarié : 20 à 49 salariés

## Présentation de la Mutuelle

HARMONIE MUTUELLE - groupe vyv  
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris  
Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité  
Immatriculée au répertoire Sirens : 538 510 473  
N° LEI 969500JLU5ZH89G4TD57

Cette étude est présentée suite à votre passage sur le site web harmonie mutuelle.

Harmonie Mutuelle en tant que distributeur des produits qu'elle vous propose, remplit les exigences en matière de conseil en procédant au recueil de vos exigences et besoins et en vous préconisant une offre au regard de ce recueil, ne relevant pas de la recommandation personnalisée.

---

Madame, Monsieur,

Le présent document retrace les réponses formulées sur le site web. Cette démarche nous a permis, ensemble, de :

- Cerner vos besoins et attentes particulières en matière de santé et / ou prévoyance.
- Vous fournir les informations objectives et pertinentes sur nos solutions correspondantes à vos besoins.
- Mettre en évidence la cohérence et l'adéquation du produit d'assurance proposé avec vos besoins et attentes.

Notre questionnaire a eu pour finalité de vous aider à exprimer et définir au mieux vos besoins et attentes. Notre conseil se fonde sur l'analyse de votre situation, vos besoins exprimés tel que reportés ci-après. La qualité de notre devoir de conseil est dépendante des réponses et informations fournies.

Les informations recueillies dans le cadre de ce document font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre à votre conseiller de vous proposer une offre adaptée à vos besoins et attentes.

Elles sont destinées à la mutuelle et seront conservées puis archivées le temps nécessaire à la réalisation de leur finalité et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Afin de faciliter leur traitement, les données peuvent faire l'objet d'une dématérialisation.

En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de vos données personnelles, elle est susceptible de vous solliciter pour les vérifier ou être amenée à compléter votre dossier et celui de vos ayants droits.

Les données collectées sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite de la finalité citée ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de cette finalité. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires en application des dispositions légales.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayant-droits, disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait du consentement et, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle par mail [dpo@harmonie-mutuelle.fr](mailto:dpo@harmonie-mutuelle.fr) ou par courrier postal adressé à «Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2».

En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy-TSA 80715 - 75 334 Paris cedex 07 ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

---

## **Vos besoins et exigences :**

Vous reconnaissez avoir reçu un exemplaire de votre « Recueil de besoins » et en avoir pris connaissance.

Ce recueil retrace l'ensemble des éléments nécessaires à la bonne adéquation entre votre profil d'adhérent, votre situation et vos besoins pour vos remboursements de frais de santé, le maintien de vos revenus en cas d'arrêt de travail temporaire ou définitif et de protection de vos proches en cas de décès.

Afin de déterminer la ou les solutions les mieux adapté(es) à votre situation et à vos besoins, vous avez déclaré les éléments suivants :

- Vous êtes : **Commerçant**
- Votre profession : **sdfik**
- Vous déclarez ne pas travailler, même occasionnellement, à une hauteur supérieure ou égale à 15 mètres.
- Vous déclarez avoir pris connaissance des professions et activités exclues reprise dans la notice d'information et indiquez ne pas exercer l'une d'elles.
- Votre âge à la date d'effet du contrat (millésime) : **29**
- Votre régime : **Sécurité sociale des Indépendants**
- Vous déclarez être à jour de toutes vos cotisations sociales au titre des régimes obligatoires.
- Votre rémunération mensuelle (nette imposable) est : **Compris entre 1600 et 2500€**
- Vous nous avez indiqué rechercher une couverture pour vos frais de santé qui soit : **Prise en charge de l'ensemble de vos frais de santé pour un budget ajusté**
- Et vous nous avez indiqué rechercher une couverture pour maintenir vos revenus en cas d'arrêt de travail temporaire ou définitif et protéger vos proches en cas de décès (cf. : déclaration de santé ci-dessous).
- Vous souhaitez adhérer au **05/09/2022**

## **Votre déclaration de santé :**

Cette déclaration de santé simplifiée permet de vérifier votre éligibilité aux seules garanties de prévoyance. Les

réponses ne sont pas utilisées pour la garantie santé.

1) Etes-vous actuellement en arrêt de travail même partiel\* ? **NON**

2) Au cours des 3 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail consécutif de plus de 15 jours\* (autre motif que maternité) ? **NON**

3) Êtes-vous bénéficiaire d'une prise en charge à 100% au titre d'une Affection de Longue Durée ou une demande est-elle en cours ? **NON**

4) Etes-vous actuellement bénéficiaire d'une rente invalidité ou incapacité ou de prestations liées à un handicap (Allocation Adulte Handicapé, Prestation de Compensation de Handicap) ? **NON**

\*S'il s'agit d'un arrêt de travail d'urgence pour « Garde d'enfants » et/ou « Mesure d'isolement suite à un contact rapproché avec une personne positive au COVID 19 », vous devez répondre NON aux questions 1 et 2.

## **Notre préconisation**

Au vu des besoins et exigences que vous avez exprimés et des offres proposées par Harmonie Mutuelle, nous vous préconisons la souscription de l'offre : Ma protection entrepreneur

De par ses caractéristiques qui vous ont été expliquées, la solution que nous vous conseillons, est cohérente au regard de votre situation.

Cette protection est destinée aux entrepreneurs TNS en activité qui exercent une activité d'Artisans ou de Commerçants, avec un statut d'entrepreneur individuel, de conjoint collaborateur ou de Gérant majoritaire. Elle prévoit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de rembourser, en complément de l'Assurance maladie obligatoire, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et prévoit de garantir le versement d'un capital, en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'une rente en cas d'incapacité permanente totale ou partielle et des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail selon les modalités définies dans la notice d'information.

Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et rentre dans le dispositif fiscal de la Loi Madelin pour les TNS qui ne bénéficient pas du statut de Micro-entrepreneurs.

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à votre charge.

Une option spécifique permet une réduction tarifaire moyennant un reste à charge pharmacie sur le niveau économique.

### **LES GARANTIES REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE « MA PROTECTION ENTREPRENEUR » :**

Les garanties systématiquement prévues :

- Soins courants : consultations médecin, auxiliaires médicaux, médicaments à Service Médical Rendu (SMR) important pris en charge à 65 % par l'Assurance maladie obligatoire ou prise en charge partielle des médicaments à SMR modéré pris en charge à 30% par l'Assurance maladie obligatoire, analyses et examens de laboratoire, matériel médical remboursé par l'Assurance maladie obligatoire : orthopédie et appareillages.
- Reste à charge zéro sur équipement 100 % santé (aides auditives, optique et dentaire).
- Aides auditives : équipement à tarif libre.
- Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour forfait journalier hospitalier.
- Ambulance.
- Optique : équipement à tarif libre, lentilles remboursées par l'Assurance maladie obligatoire.
- Dentaire : soins et prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libres, orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire, bonification de garanties dans le réseau.
- Ostéopathie, chiropractie, micro-kinésithérapie.

### **LES GARANTIES PREVOYANCE « MA PROTECTION ENTREPRENEUR » :**

Les garanties systématiquement prévues :

- Versement d'un capital en cas de décès ou PTIA au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou à l'assuré.
- Versement d'indemnités journalières lorsque l'adhérent est momentanément dans l'incapacité complète d'exercer son activité professionnelle à compter du 31ème jour d'arrêt de travail et jusqu'au 1095ème.
- Incapacité Permanente Partielle ou Totale : versement d'une rente annuelle proportionnelle au taux d'incapacité attribué, selon les modalités définies dans la notice d'information.

**Notre préconisation pour votre garantie remboursements de frais de santé : Confort**

**La garantie que vous avez choisie : Confort**

## **LES GARANTIES MAINTIEN DE REVENUS, INVALIDITE, DECES « MA PROTECTION ENTREPRENEUR » :**

Vous avez répondu « Non » à chacune des 4 questions de la déclaration de santé simplifiée.

Les préconisations en termes de garanties prévoyance indiquées ci-dessous correspondent à la tranche de revenus que vous nous avez indiqués dans votre recueil de besoins.

<b>GARANTIES PREVOYANCE</b>	<b>Garanties choisies</b> MPEPR2 - Prévoyance niveau 2 (35)
Indemnité journalière*	35 € / jour
Franchise	30 jours
Rente annuelle incapacité permanente totale	12 600 €
Capital décès	35 000 €

\*Vous ne pouvez pas choisir un montant d'indemnités journalières ou/et de rente qui vous ferait bénéficier, en cas d'arrêt de travail, de ressources supérieures à celles que vous procure votre activité professionnelle, compte tenu des prestations versées par d'autres organismes. A ce titre, il vous appartient de tenir compte d'éventuelles prestations d'un régime obligatoire ou de contrats d'assurance, collectifs ou individuels, vous garantissant un maintien de revenu, dans la détermination du montant de vos indemnités journalières.

### **RESILIATION DE VOTRE GARANTIE :**

*Votre adhésion sera renouvelée chaque année automatiquement, par tacite reconduction.*

*Si vous souhaitez ne pas la reconduire, vous disposerez de la faculté de résilier votre adhésion chaque année, avant le 31 octobre de l'année pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année ou en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion au contrat, pour une résiliation effective un mois après que la mutuelle en a reçu notification, par l'un des moyens prévus par la réglementation applicable en vigueur et détaillés dans vos documents contractuels.*

Je soussigné(e), **M smdlfk smdfklsdf**, déclare avoir été en capacité de prendre une décision en toute connaissance de cause et accepter la ou les solution(s) préconisée(s) par ma Mutuelle.

Dans le cas d'une signature électronique dématérialisée, je déclare renoncer au support papier au profit d'un support durable dématérialisé.

Je reconnais avoir pris connaissance du présent document et en disposer d'un exemplaire. Je certifie sincères et véritables les informations données et reconnais avoir été informé(e) qu'à défaut je ne pourrai me prévaloir d'un conseil non adapté à ma situation. Je déclare avoir reçu une information claire et compréhensible sur l'étendue et la définition de la garantie, ainsi que les modalités pour renoncer ou résilier le contrat proposé.

La rémunération du personnel de la mutuelle au titre de la distribution des garanties d'assurances proposées est conditionnée pour partie à l'atteinte d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Le présent document est établi conformément aux dispositions de l'article L 521-4 du code des assurances.

Fait le : **05/09/2022**  
à: **TOURS**

Signature :

REC1

---

Harmonie Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest - CS 92459 - 75 436 Paris cedex 09.

Pour toute réclamation liée à la distribution des offres proposées, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle. À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception. En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS81021 49010 Angers Cedex 01.

En application et dans les conditions de l'article « Médiation » des statuts, pour une réclamation liée à la distribution des offres proposées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à la mutuelle, en complétant le formulaire à l'adresse suivante : <http://cnpm-mediation-consommation.eu> ou en écrivant à CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION 27, avenue de la Libération – 42400 SAINT-CHAMOND.



Harmonie  
mutuelle

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

## MA PROTECTION ENTREPRENEUR

☒ BULLETIN D'ADHÉSION

Objet Affaire nouvelle

N° d'adhérent :

Observations :

N° adhésion :

1267432 / 05/09/2022

N° groupe :

N° groupe assuré :

Civilité : M

Nom : smdfksdf

Nom de naissance : smdfksdf

Prénom : smdlfk

Adresse personnelle : sdlfkm

Code postal : 37000

Commune : TOURS

Pays : France

Date de naissance : 01/04/1993

Ville de naissance : sdfsk

Département de naissance : 29

Pays de naissance : Algeria

Téléphone\* :

Situation familiale\* :

Tél. portable\* : 0788055635

E-mail\* (en majuscules) : VTOUTLEC@GMAIL.COM

### ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Raison Sociale : DEMECO

N° SIRET : 30716599300048

Adresse professionnelle : 11 ALLEE NICEPHORE NIEPCE

Code postal : 94300

Commune : VINCENNES

Pays : France

Tél pro\* : 0143651984

E-mail\* (en majuscules) :

Situation professionnelle :

☐ Artisan ☒ Commerçant ☐ Conjoint collaborateur

Etes-vous gérant majoritaire ? ☐ oui ☒ non

Profession : sdfkl

Caisse de retraite : Sécurité sociale des indépendants

Il vous appartient de nous signaler tout changement de profession ou conditions d'exercice de celle-ci conformément à la notice d'information.

Forme de l'exercice de l'activité : SAS, société actions simplifiée

Nombre de salariés\* : 20 à 49 salariés

Date de clôture de l'exercice comptable demandée si différente de décembre\* :

\* Informations demandées à titre facultatif

**Je demande l'adhésion aux garanties santé et prévoyance à effet du 05/09/2022**

### GARANTIE SANTE

**Je souhaite protéger au titre des garanties santé les personnes suivantes et choisis la garantie ci-après :**

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° Régime Obligatoire	N° Caisse Régime obligatoire
Adhérent (Bénéficiaire 1) DHC_18646120	smdflksdf	smdlfk	01/04/1993	M	269054958815780	
Votre garantie : MPE220 - Santé niveau Confort						

(1) Féminin = F, Masculin = M

Structure de cotisation pour la garantie santé : ☒ Par âge

☐ Unique

BA-MPE-JUN-2022

**GARANTIE PREVOYANCE POUR L'ADHERENT UNIQUEMENT**

L'adhésion aux garanties de prévoyance est possible uniquement si toutes les réponses au questionnaire santé simplifié sont « non ».

Les réponses au questionnaire santé simplifié sont utilisées uniquement pour l'évaluation du risque de prévoyance.

Vous ne pouvez choisir un montant d'indemnités journalières et/ou de rente qui vous ferait bénéficier, en cas d'arrêt de travail, de ressources supérieures au revenu professionnel imposable figurant sur votre dernier avis d'imposition, en tenant compte des prestations versées par tout autre régime de prévoyance, obligatoire ou facultatif.

		MONTANT CHOISIS
GARANTIE DECES	CAPITAL DECES-PTIA TOUTES CAUSES	35000 €
GARANTIE MAINTIEN DE REVENU	INDEMNITES JOURNALIERES <i>Le versement des indemnités journalières interviendra après une période de franchise de 30 jours.</i>	35 € / jour
	INCAPACITE PERMANENTE	Montant de la rente annuelle : 12600 € / an

Pour les garanties maintien de revenu, les pathologies du dos, psychiques, psychiatriques ou de fibromyalgie listées dans la Notice d'information sont couvertes sous conditions d'intervention chirurgicale ou d'une hospitalisation supérieure ou égale à 14 nuits, en rapport avec l'affection.

**CLAUSE BÉNÉFICIAIRE DE L'ADHÉRENT POUR LA GARANTIE DÉCÈS****BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS :**

- ☒ Le capital sera versé par ordre de priorité : - à mon conjoint non séparé de corps judiciairement,  
- à défaut, à mon partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS),  
- à défaut, à mon concubin,  
- à défaut, mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut, à mes héritiers en proportion de leurs parts héréditaires.
- ☐ Autres (libellez la clause très lisiblement en caractère d'imprimerie avec nom, prénom, date de naissance, adresse, répartition éventuelle entre les bénéficiaires et l'ordre de priorité ou le nom et l'adresse du notaire qui détient la clause bénéficiaire).

à défaut les bénéficiaires désignés dans la clause type, conformément à la Notice d'information.

*Si les deux cases sont cochées (clause libre et clause type), c'est la clause libre qui prévaudra.*

**Modalités et conséquences de la désignation du bénéficiaire.**

Vous pouvez désigner comme bénéficiaire votre époux (épouse) ou partenaire de PACS, en cochant la clause type telle que proposée sur cette demande d'adhésion. Si cela ne vous convient pas, vous pouvez utiliser l'encadré ci-dessus ou un formulaire que nous tenons à votre disposition. Vous pouvez également effectuer cette désignation sur papier libre (daté et signé de votre main) ou par acte authentique (testament déposé chez un notaire, par exemple).

Vous pouvez modifier la désignation du bénéficiaire tout au long de votre adhésion si celle-ci n'était plus adaptée à vos souhaits. Si toutefois, le bénéficiaire accepte la désignation à son profit, celle-ci devient irrévocable. Elle ne sera modifiable qu'avec l'accord du bénéficiaire.

Si vous avez désigné un bénéficiaire nommément, nous utiliserons les coordonnées que vous nous avez communiquées pour le retrouver à votre décès.

- ☒ Je demande mon adhésion au contrat collectif d'assurance frais de santé et prévoyance souscrit auprès de la mutuelle et à l'association HPI souscriptrice du contrat.

**ADHÉSION DANS LE CADRE DE LA LOI MADELIN** (réservée aux professions indépendantes non agricoles en activité)

- ☒ J'atteste sur l'honneur être à jour de mes cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse conformément à l'article L652-4 du Code de la Sécurité sociale. Vous reconnaissez avoir été informé qu'à défaut vous ne pourrez bénéficier du dispositif de déduction fiscale prévu par la loi. A ce titre, je m'engage à fournir à la mutuelle, dès l'adhésion et chaque année, l'attestation délivrée à cet effet.

L'adhésion est renouvelée chaque année au 31 décembre, par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'adhérent de son adhésion dans les cas et conditions fixées à la notice d'information.

Les garanties proposées prennent fin aux âges limites de garantie figurant au document d'information sur le produit d'assurance, ainsi qu'à la notice d'information.

**MONTANT DE MES COTISATIONS EN EUROS****COTISATION GLOBALE TTC/MOIS**

Tarifs valables jusqu'au 31/12 de l'année en cours, sous réserve d'une revalorisation de la cotisation liée à l'évolution des tarifs globaux

Garantie santé 37,02 €

Garantie prévoyance\* 19,14 €

**Total :** 56,16 €

(\*) La part de cotisation correspondant à la garantie décès ne peut donner lieu à la déduction fiscale Madelin

		REDUCTION TARIFAIRE
		Jeunes de 20 à 28 ans (1)
		En situation de handicap (2)
Bénéficiaire 1		
(1) Dans l'une des situations suivantes : étudiant, apprenti, intérimaire, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou en contrat d'insertion professionnelle et jusqu'à la fin de l'année civile du 28 <sup>e</sup> anniversaire. (2) Avec un taux d'incapacité >= 80% reconnu par le régime d'assurance maladie obligatoire.		



## RÈGLEMENT DE MES COTISATIONS

Le règlement des cotisations est effectué par : ADHÉRENT

Mode de paiement : Prélèvement

Périodicité souhaitée : Mensuel

Jour souhaité : le 15

REC1

### VERSEMENT DE MES PRESTATIONS

Mes prestations seront versées par virement sur mon compte. Si virement des prestations sur un autre compte (joindre un RIB) : ☐

**A NOTER :** les prestations sont versées sur un compte personnel. Case à cocher obligatoirement et RIB personnel à fournir si les cotisations sont prélevées sur le compte professionnel.

Pour disposer de mes documents en dématérialisé (relevé de prestations, carte mutuelle, tableau de garanties...) et suivre mes prestations, je crée mon Espace perso sur [www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr).

#### POUR LA GARANTIE SANTÉ :

Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec mon régime obligatoire s'il existe des accords avec ma mutuelle.

En cas de refus, merci de cocher la case : ☐

### MODALITÉS D'ADHÉSION À LA MUTUELLE

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages du présent bulletin d'adhésion ou demande de modification.

Je certifie avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites ci-dessus. Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînera la nullité de mon adhésion.

#### Je déclare avoir pris connaissance des cotisations indiquées ci-dessus.

La cotisation globale TTC par mois pour l'année mentionnée est indiquée sous réserve du maintien des taux et taxes en vigueur pour la période de garantie concernée et sous réserve, le cas échéant, de production des justificatifs correspondant aux avantages tarifaires appliqués.

#### Je déclare avoir reçu et pris connaissance, préalablement à mon adhésion :

- du document d'information sur le produit d'assurance,
- des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle,
- de la notice d'information détaillant mes droits et obligations dans le cadre de mon adhésion au contrat collectif d'assurance frais de santé et prévoyance souscrit par HPI auprès de la mutuelle et des statuts de HPI,
- de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat collectif d'assistance Harmonie Santé Services souscrit par la mutuelle au bénéfice de ses membres auprès de Ressources Mutuelles Assistance,

#### et en accepter les termes.

La prise d'effet de mon adhésion est subordonnée à l'encaissement effectif de la première cotisation.

Je suis informé(e) que je bénéficie d'un droit de renonciation (modalités exposées ci-après).

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 de ses adhérents ou entités souscriptrices la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la mutuelle est assujettie. L'adhésion est conditionnée aux résultats des vérifications conduites et pourra être refusée, dès lors que cela exposerait la mutuelle à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, veuillez-vous reporter au code de conduite de la mutuelle.

### PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants droit. Les données « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif, l'ensemble des autres données étant indispensable au traitement de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, ainsi qu'aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées à la notice d'information, de passation et de gestion (y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir les obligations légales de la mutuelle (lutte contre les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Vous serez avisé des informations et des services et solutions d'Harmonie Mutuelle par courrier ou téléphone, sauf si vous vous y opposez en vous connectant sur votre espace Harmonie & Moi ou en informant le DPO d'Harmonie Mutuelle, conformément aux modalités indiquées ci-après. Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr). Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayants droit, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre, pour des motifs légitimes d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait de votre consentement, d'un droit à l'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données – Data Protection Officer – de la mutuelle par mail à l'adresse [dpo@harmonie-mutuelle.fr](mailto:dpo@harmonie-mutuelle.fr) ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2 ». Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité pourra vous être demandée. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

### PIÈCES À JOINDRE

- Photocopie de l'attestation de droits à l'assurance maladie de moins de 3 mois pour chaque assuré. Vous pouvez la télécharger directement sur votre compte ameli, en faire la demande directement auprès de votre caisse ou elle peut être imprimée dans nos agences sur simple présentation de la carte Vitale,
- Si le mode de paiement «prélèvement» est choisi : un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'épargne et le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé.
- Pour les naissances ou adoptions : joindre un extrait d'acte de naissance ou un certificat d'adoption.
- Si un assuré âgé de 20 à 28 ans est dans l'une des situations suivantes : étudiant, apprenti, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée, en contrat d'insertion professionnelle ou s'il est en situation de handicap... et si la structure de cotisation choisie est la structure de cotisation « par âge » : remplir l'attestation sur l'honneur fournie par la mutuelle.

REC1

## MODALITÉS DE RENONCIATION À L'ADHÉSION

Il est possible de renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de votre agence ou du siège social de la mutuelle (indiquée sur ce bulletin d'adhésion) dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception.

### MODÈLE DE RÉDACTION DE RENONCIATION :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... » Date et signature.

Fait le : 05/09/2022

Signature de l'adhérent

[ ]

#### Réservé à la mutuelle

Position : Non affectée

Nom conseiller :

Identité de l'adhérent : DHC\_18646120

Centre de gestion : DGS 18 CI



**Harmonie  
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

1er exemplaire pour l'adhérent, 2nd exemplaire pour la Mutuelle.

REC1

Les garanties Santé sont assurées par **Harmonie Mutuelle**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

**Harmonie Professions Indépendantes** (HPI), association régie par la loi du 1er juillet 1901 soumise aux dispositions des articles L.144-1 et suivants du Code des assurances. Siège social : 28, rue de Rennes – 49000 Angers.

Harmonie Santé Services est assurée par **Ressources Mutuelles Assistance**, Union d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28. Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU cedex.



REC1

# Assurance santé et prévoyance

## Document d'information sur le produit d'assurance

COMPAGNIE : Harmonie Mutuelle - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité - n° SIREN 538 518 473  
PRODUIT : MA PROTECTION ENTREPRENEUR



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

### De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette assurance santé et prévoyance est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et, à couvrir l'assuré en cas d'arrêt de travail, d'invalidité, de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) en prévoyant le versement d'indemnités journalières, d'une rente, ou d'un capital. Le produit est éligible au dispositif fiscal de la Loi Madelin.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations figurent dans les tableaux de garanties annexés.

#### AU TITRE DE LA GARANTIE SANTÉ :

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à votre charge.

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Soins courants : consultations médicales, analyses médicales, médicaments à Service Médical Rendu (SMR) important pris en charge à 65 % par l'AMO, prise en charge partielle des médicaments à SMR modéré pris en charge à 30% par l'AMO, analyses et examens de laboratoire, matériel médical remboursé par l'AMO : orthopédie et appareillages.
- ✓ Reste à charge zéro sur équipement 100 % santé (aides auditives, optique et dentaire).
- ✓ Aides auditives : équipement à tarif libre.
- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ Ambulance.
- ✓ Optique : équipement à tarif libre, lentilles remboursées par l'AMO.
- ✓ Dentaire : soins et prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libres, orthodontie acceptée par l'AMO, bonification de garanties dans le réseau.
- ✓ Ostéopathie, chiropractie, micro-kinésithérapie.

#### GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

Dépassement d'honoraires.

Médicaments à SMR faible (remboursés à 15% par l'AMO).

Examens de laboratoire non remboursés.

Chambre particulière, frais d'accompagnant, indemnité de naissance.

Chirurgie correctrice de l'œil, lentilles refusées.

Implantologie, parodontologie et orthodontie refusée.

Bonification de garanties optiques dans le réseau.

Psychologues, automédication, contraception.

#### AU TITRE DES GARANTIES PRÉVOYANCE :

Uniquement si toutes les réponses au questionnaire santé simplifié sont « non ».

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Versement d'un capital en cas de décès ou PTIA au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou à l'assuré.
- ✓ Versement d'indemnités journalières lorsque l'adhérent est momentanément dans l'incapacité complète d'exercer son activité professionnelle à compter du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail et jusqu'au 1095<sup>e</sup>.
- ✓ Versement d'une rente annuelle en cas d'Incapacité Permanente Partielle ou Totale.

#### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Assistance santé et assistance à l'étranger.
- ✓ Réseau de soins.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

#### AU TITRE DE LA GARANTIE SANTÉ :

- ✗ Soins reçus en dehors de la période de couverture.
- ✗ Soins non remboursés par l'AMO (sauf mention contraire).
- ✗ Séjours en établissement de personnes âgées, dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel et dans les services de longs séjours.
- ✗ Forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux.

#### AU TITRE DES GARANTIES PRÉVOYANCE :

- ✗ Toute affection ou tout sinistre dont l'origine ou la première constatation médicale survient antérieurement à la date d'effet de la garantie ou pendant le délai d'attente.
- ✗ Les arrêts de travail ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale dus aux lombago, lombalgie, sciatique, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie ou protrusion discale.
- ✗ Les arrêts de travail sans hospitalisation dus aux troubles neuropsychiques, à une maladie psychiatrique, dépression nerveuse, état dépressif ou fibromyalgie.



### Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

#### AU TITRE DE LA GARANTIE SANTÉ :

##### PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.
- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle.

##### PRINCIPALES RESTRICTIONS

Des limitations de fréquence peuvent figurer dans le tableau de garanties.

- ! **Aides auditives** : limitation par oreille à une aide auditive par période de 4 ans.
- ! **Chambre particulière** : limitée à 60 nuits par an pour la psychiatrie.
- ! **Optique** : limitée à un équipement par période de 2 ans (sauf exception).

#### AU TITRE DES GARANTIES PRÉVOYANCE :

##### PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Le suicide ou la tentative, la 1<sup>re</sup> année d'adhésion.
- ! Les faits intentionnels de l'assuré.
- ! Les faits causés par l'assuré sous un état d'imprégnation alcoolique, ou sous l'emprise de drogues, de stupéfiants.
- ! La pratique de sports à titre professionnel ou amateur ou de haut niveau ou rémunéré, de sports aériens ou nécessitant l'utilisation d'engins à moteur.

##### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! L'absence d'activité professionnelle ne peut ouvrir de droit aux garanties maintien de revenus.
- ! À compter de la date d'effet, s'applique un délai d'attente :
  - de 12 mois pour les arrêts de travail dus à des troubles neuropsychiques, maladies psychiatriques, dépressions nerveuses et états dépressifs, fibromyalgie,
  - de 3 mois pour les arrêts de travail dus à toutes autres affections.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ **Garantie santé** : monde entier. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française et se fait sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ **Garanties prévoyance** : en France métropolitaine, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion, pays de l'Union Européenne et Suisse et dans le monde entier pour les séjours de 3 mois continus. Néanmoins, à défaut d'hospitalisation, l'indemnisation ne débutera qu'à la date de première constatation médicale en France, et après application de la franchise.
- ✓ **Garantie assistance** : en France métropolitaine, à Monaco ou dans les départements et régions d'Outre-Mer et dans le monde entier pour l'Assistance à l'étranger.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de nullité de l'adhésion ou de non garantie.

#### À l'adhésion :

- Etre âgé de 18 ans minimum à 50 ans maximum,
- Résider en France métropolitaine, Guyane, Guadeloupe, Martinique ou à la Réunion,
- Exercer une activité professionnelle en tant que commerçant, artisan, micro-entrepreneur, gérant majoritaire ou conjoint collaborateur,
- Remplir sincèrement et exactement les informations demandées sur le bulletin d'adhésion et le questionnaire simplifié de santé, sous peine de nullité de garantie ou de diminution des prestations prévues.

#### En cours de garantie

- Informer la mutuelle de toute modification de son activité professionnelle, de cessation d'activité ou de cumul emploi retraite, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français, ce qui peut entraîner la modification de la cotisation.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation), sous peine de suspension des garanties.

#### En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre ou faire parvenir les demandes de remboursement dans les délais impartis.
- Fournir les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission), les justificatifs des dépenses engagées (sauf tiers payant intégral) et pièces justificatives médicales et/ou administratives.
- Faire à la mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par l'Assurance maladie obligatoire, soit par la mutuelle.
- Se présenter aux contrôles médicaux initiés par la mutuelle.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Le paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement), au trimestre, au semestre.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion au contrat prend effet à la date convenue d'un commun accord et indiquée au bulletin d'adhésion (sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation) pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. Elle est renouvelée chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'adhérent de son adhésion dans les cas et conditions indiqués dans la notice d'information.

La mutuelle peut résilier l'adhésion si l'adhérent cesse son activité professionnelle non salariée non agricole, au profit d'une activité non salariée libérale ou d'une activité salariée.

Les garanties décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes cessent au 85ème anniversaire de l'adhérent.

Les garanties indemnités journalières et incapacité permanente cessent respectivement au 67ème anniversaire et au 65ème anniversaire de l'adhérent ou à la date de passage en cumul emploi-retraite ou à la date de cessation de son activité.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Je peux mettre fin à mon adhésion au présent contrat :

- chaque année, avant le 31 octobre de l'année pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année selon les modalités définies ci-après,
- en tant qu'adhérent, dans un délai de 30 jours après information d'une modification de mes droits et obligations constatée par avenant signé des parties au contrat collectif, selon les modalités définies ci-après,
- en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de mon adhésion au contrat, pour une résiliation effective un mois après que la mutuelle en a reçu notification, en notifiant à la mutuelle ma volonté de résilier par l'un des moyens suivants :
  - soit par lettre ou tout autre support durable ;
  - soit par une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
  - soit par un acte extrajudiciaire ;
  - soit, lorsque la mutuelle propose l'adhésion au contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
  - soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La mutuelle atteste par écrit la réception de la notification de résiliation.



Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Consultations psychologues (1)			100 €/An	100 €/An
Actes de sages-femmes	70 %	30 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
(1) Plafond commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention.				
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	50 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Automédication : médicaments pouvant être présentés en accès direct en pharmacie (1)(2)			25 €/An	25 €/An
SMR: Service Médical Rendu. (1) Plafond commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologues, l'automédication, la contraception et la prévention. (2) Selon liste ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire			50 €/An	50 €/An
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 20 %	120 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			100 €/An	100 €/An
+ Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer			100 €/An	100 €/An
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %			100 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			500 €/An	500 €/An
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipelement 100 % Santé (3)(4)				100 % Santé
Equipelement à tarif libre (3)(4)	60 %	40 %	+ 20 %	120 %
+ Forfait supplémentaire (3)(4)			200 €/Appareil	200 €/Appareil

# MPE220

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>AIDES AUDITIVES (suite)</b>				
Piles	60 %	40 %		100 %
(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (4) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.				
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			100 €/An	100 €/An
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	20 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 50 %	150 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (5)(6)			50 €/Nuit	50 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (7)			15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant			30 €/Jour	30 €/Jour
Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. (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.				
<b>MATERNITE</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	100 %		+ 60 %	160 %
Chambre particulière avec nuitée (5)			50 €/Nuit	50 €/Nuit
Indemnité de naissance (8)			150 €	150 €
(5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (8) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipelement 100 % Santé (3)(9)(10)				
- Monture				100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
- Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre				100 % Santé
Equipelement à tarif libre (3)(9)(10)(11)				
- Monture	60 %	60 €		60 % + 60 €
- Par verre dans le réseau KALIXIA (12)				
- Simple	60 %	50 €		60 % + 50 €
- Complexe	60 %	120 €		60 % + 120 €
- Très complexe	60 %	135 €		60 % + 135 €
- Par verre hors réseau				

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE (suite)				
- Simple	60 %	45 €		60 % + 45 €
- Complexe	60 %	110 €		60 % + 110 €
- Très complexe	60 %	120 €		60 % + 120 €
- Supplément verres avec filtre	60 %	40 %		100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 100 €/An		100 % + 100 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			100 €/An	100 €/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			200 €/Oeil	200 €/Oeil
(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (9) 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. (10) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre). (11) - Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries. (12) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (13)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (13)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 0 %	100 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires			50 €	50 €
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 0 %	100 %
+ Forfait supplémentaire prothèses transitoires			50 €	50 €
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Dans le réseau des praticiens partenaires agréés Kalixia dentaire (14)				

# MPE220

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>DENTAIRE (suite)</b>				
Scellement des sillons pour une prémolaire (15)			PEC intégrale	PEC intégrale
<p>Les remboursements de la mutuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),</li> <li>- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.</li> </ul> <p>(13) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation</p> <p>(14) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un praticien, partenaire agréé Kalixia dentaire. Les coordonnées de ces praticiens sont disponibles sur l'espace adhérent du site Internet de la mutuelle ou sur simple demande.</p> <p>(15) 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.</p>				
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS, Hypnose médicale, Etiopathes, Réflexologie, Sophrologie (1)(16)			100 €/An	100 €/An
Consultations pédicure/podologue (1)(17)			25 €/An	25 €/An
Activité physique adaptée (1)(18)			60 €/An	60 €/An
<p>(1) Plafond commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologiques, l'automédication, la contraception et la prévention.</p> <p>(16) Remboursement sur réception de la facture acquittée sous réserve qu'elle comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS et/ou le n° du Registre National des Etiopathes du professionnel concerné sauf pour la sophrologie et la réflexologie pour lesquelles cette référence n'est pas exigée. Seules les séances individuelles de professionnels diplômés autorisés ou certifiés dans la discipline facturée peuvent faire l'objet d'une prise en charge.</p> <p>(17) 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° RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(18) Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, dans le cadre des articles L. 1172-1 et D1172-2 du code de la santé publique. Prise en charge sur présentation du formulaire mis à disposition par la mutuelle et de la facture détaillée et acquittée.</p>				
<b>CONTRACEPTION</b>				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (1)			25 €/An	25 €/An
Préservatifs masculins (1)(19)			10 €/An	10 €/An
<p>(1) Plafond commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologiques, l'automédication, la contraception et la prévention.</p> <p>(19) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p>				
<b>PREVENTION</b>				
Equilibre alimentaire - Diététique (1)(17)(19)(20)			25 €/An	25 €/An
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (1)(19)			40 €/An	40 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (1)(21)			25 €/An	25 €/An
Vaccin anti-grippal (1)(19)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (1)(19)			25 €/An	25 €/An
Ergothérapie (1)(19)			25 €/An	25 €/An
Séances de psychomotricité (1)(19)			25 €/An	25 €/An
Bilan de psychomotricité (1)(19)			25 €/An	25 €/An
Bilan d'ergothérapie (1)(19)			25 €/An	25 €/An
Autotests : auto tensiomètre, autocontrôle glycémique ou débitmètre de pointe (1)(22)(23)			75 €	75 €
Autotest de dépistage du SIDA (1)(24)			20 €/An	20 €/An
<p>(1) Plafond commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologiques, l'automédication, la contraception et la prévention.</p> <p>(17) 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° RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(19) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(20) Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.</p> <p>(21) Prise en charge des substituts nicotiniques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des 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.</p> <p>(22) Sur présentation de la prescription médicale.</p> <p>(23) Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire, la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.</p> <p>(24) Test disposant d'un marquage CE et vendu en pharmacie</p>				

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
HARMONIE SANTÉ SERVICES			Oui	Oui
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

**\* 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.

REC1

REC1

Exemples de Remboursement<sup>1</sup>

MPE220

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	50 €/Nuit	Selon la dépense engagée
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	163,02 €	12,28 €
Séjours sans acte lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0 €
<b>Soins courants</b>					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	17,50 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	22 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44 €	30 €	20 €	23,00 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	20,70 €	18,20 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57 €	23 €	15,10 €	20,70 €	21,20 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR</b>	<b>30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84,00 €	156,00 €	297,48 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : traitement par semestre (6 max)	720 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	333,00 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
Ex : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	150,00 €	188,91 €
Ex : verres progressifs + monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	280,00 €	320,91 €
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100 €/An	Selon la dépense engagée
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	200 €/Oeil	Selon la dépense engagée
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476 €	400 €	240 €	440,00 €	796,00 €

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2. Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4. Prix limite de vente.

*Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie.*

*Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'UNOCAM.*

*(<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)*

REC1

REC1



## LES GARANTIES PRÉVOYANCE

Le présent tableau de garanties complète la notice d'information Ma Protection Entrepreneur et reprend les éléments mentionnés dans votre bulletin d'adhésion.

TEPVMPEPR2

### GARANTIE DECES :

**Capital décès – Perte Totale et Irréversible  
d'autonomie (PTIA) toutes causes**

**35 000€**

### GARANTIES MAINTIEN DE REVENUS :

**Indemnités journalières**

**35€/jour**

*Le versement des indemnités journalières interviendra après une période de franchise de 30 jours.  
Durée maximum d'indemnisation : jusqu'au 1095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail*

**Incapacité permanente**

**Montant de la rente annuelle :  
12 600€/an**

*Le montant de la rente annuelle en cas d'incapacité permanente partielle est proportionnel au taux d'incapacité attribué, selon les modalités définies dans la notice d'information Ma Protection Entrepreneur.*

Le cas échéant, la mutuelle est tenue de précompter directement sur vos prestations :

- les prélèvements sociaux,
- le prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu au taux qui lui sera communiqué par l'Administration fiscale

REC1  
REC1