



Solution Professions Indépendantes

Artisans/Commerçants • Chefs d'entreprise
Professions libérales et agricoles • Professions médicales et paramédicales

1 SOCLE PRÉVOYANCE

Arrêt de travail & Décès



2 GARANTIES FACULTATIVES

Santé & Frais Généraux

pour une protection sociale complète



ÉLIGIBLE
Loi Madelin



LES AVANTAGES

- ✓ **Une adhésion rapide**
sur simple déclaration d'état de santé, éventuellement complétée par un questionnaire médical selon le niveau de garantie souscrit
- ✓ **Aucun délai d'attente***
- ✓ **Une indemnisation rapide** : pas de justificatif de revenu à fournir jusqu'à 1 PASS¹ (3 377 €/mois en 2019) et pas besoin du décompte de prestation du RO²
- ✓ **Un tarif clair et sans surprise**
Pas d'augmentation liée à l'âge pour la prévoyance
- ✓ **En cas d'hospitalisation chirurgicale, indemnisation dès le 1^{er} jour**
- ✓ **En cas d'hospitalisation médicale ou à domicile, indemnisation dès le 4^e jour**
- ✓ **Option Confort Dos** : possibilité de garantir les pathologies relatives au dos, sous conditions

*hors «Frais Généraux» ¹ PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale, valeur 2019 ² RO: Régime Obligatoire

0 800 71 81 91

Service & appel
gratuits



PRÉVOYANCE - SANTÉ - ASSURANCE



PRÉVOYANCE ARRÊT DE TRAVAIL

Pour maintenir votre niveau de vie

- > **100 % des revenus garantis** en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale
 - sous déduction du Régime Obligatoire reconstitué selon la base de garantie souscrite
 - à compter de l'expiration du délai de franchise choisie
- > **2 choix de franchise en Maladie/Accident/Hospitalisation médicale/Hospitalisation chirurgicale**

1 OPTION POSSIBLE

Confort Dos

Après un délai d'attente de 12 mois, les pathologies relatives à l'axe rachidien sont prises en charge à l'expiration du délai de franchise retenue par l'adhérent. Cette option peut être souscrite en cours de contrat, dans ce cas le délai de 12 mois s'applique à compter de la date de souscription de l'option.

Lorsque le Questionnaire Médical complété par l'adhérent ne révèle aucune pathologie liée au dos, ce délai de 12 mois n'est pas appliqué.



PRÉVOYANCE DÉCÈS/PTIA*

Pour protéger vos proches

- > 2 formules au choix du bénéficiaire au moment du sinistre :
capital complet ou capital + rente éducation

2 OPTIONS POSSIBLES

Rente de conjoint

Versement d'une rente trimestrielle au conjoint en cas de décès de l'assuré. Cette rente viagère est servie jusqu'au décès du conjoint survivant ou du remariage de ce dernier. Elle est complétée d'une rente temporaire servie au conjoint survivant jusqu'à l'obtention de la pension de réversion.

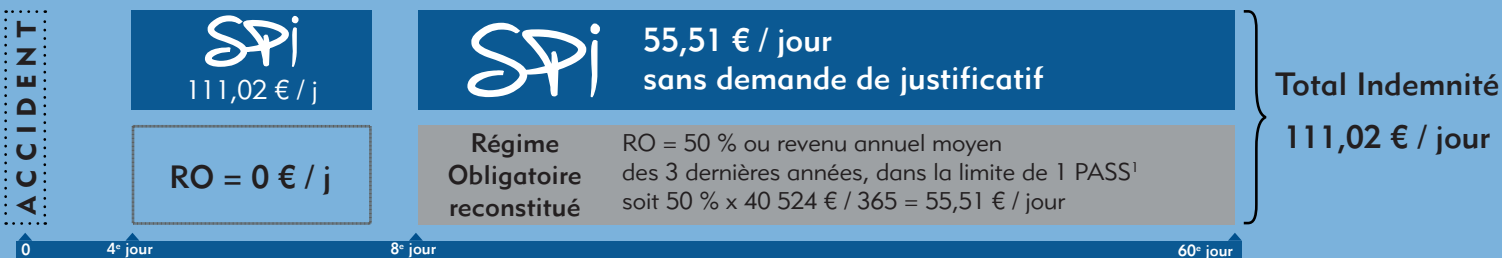
Doublement accident

Décès par accident : versement d'un capital supplémentaire en cas de décès.

EXEMPLE PREVOYANCE

EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL POUR ACCIDENT, MAINTIEN DE 100% DU REVENU GARANTI

- > Revenu réel pour **un artisan/commerçant** = 50 000 €
- > Base de garantie SPI pour **un artisan/commerçant** = 1 PASS¹ = 40 524 € (111,02 € / jour)
- > Franchise SPI **accident** = 3 jours
- > Arrêt de travail **accident** = 60 jours
- > Intervention de la Sécurité sociale des Indépendants à compter du 8^e jour pour **accident** ou maladie



¹PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale, valeur 2019



SANTÉ

FACULTATIF



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Pour bénéficier en famille d'une bonne couverture

- > **5 niveaux de garanties haut de gamme** pour rembourser vos frais de santé et ceux de votre famille en complément du régime de base
- > **Un contrat labellisé «Responsable»**

1 OPTION POSSIBLE

Pack optionnel Sérénité

- > Supplément de 150 € pour les frais de maternité
- > Remboursement des médecines douces, 5 séances par an et par bénéficiaire : ostéopathe, acupuncteur, nutritionniste, sophrologue, etc.*
- > Remboursement d'actes de prévention non pris en charge par le régime de base, dont vaccins*
- > Remboursement de l'automédication et de l'homéopathie*

* (voir conditions)



FRAIS GÉNÉRAUX

FACULTATIF



FRAIS GÉNÉRAUX

Pour assurer la pérennité de votre activité professionnelle pendant votre arrêt de travail

- > **12 mois d'indemnisation*** pour payer les charges courantes pendant votre arrêt de travail : loyers, crédits, factures, etc.
- > **de 3 000 € à 120 000 €** selon votre statut et votre profession

* Après un délai d'attente de 90 jours

PRÉVOYANCE (obligatoire)

Décès / PTIA toutes causes		En % de la base des garanties
A - FORMULE EN CAPITAL (AU CHOIX DU BÉNÉFICIAIRE AU MOMENT DU DÉCÈS)		
• Capital Décès / PTIA toutes causes		
Quelle que soit la situation de famille		300 %
Adhérent avec enfant à charge		400 %
Majoration par enfant à charge supplémentaire (maximum 5 enfants)		100 %
• Double effet (en cas de décès du conjoint dans un délai de 12 mois)		100 % du capital Décès toutes causes (Formule A)
• Aide immédiate au décès (adhérent, conjoint, enfants)		100 % du PMSS
B - FORMULE CAPITAL DÉCÈS + RENTE ÉDUCATION (AU CHOIX DU BÉNÉFICIAIRE AU MOMENT DU DÉCÈS)		
• Capital Décès , quelle que soit la situation de famille		200 %
• Rente éducation par enfant à charge		
Si le nombre d'enfant(s) à charge est < à 3		
De 0 à 10 ans		15 %
De 11 à 18 ans		20 %
De 19 à 26 ans (si études) - y compris pour enfant handicapé		25 %
• Rente éducation par enfant à charge		
Si le nombre d'enfants à charge est ≥ à 3		60 %/n*
• Double effet (en cas de décès du conjoint dans un délai de 12 mois)		100 % du capital Décès toutes causes (Formule A)
• Aide immédiate au décès (adhérent, conjoint, enfants)		100 % du PMSS
OPTION DOUBLEMENT ACCIDENT		100 % du capital Décès toutes causes (Formule A)
OPTION RENTE DE CONJOINT (x = âge au décès)	Rente viagère	1,00 % (65 - x) (rente mini 5 %)
	Rente temporaire	0,5 % (x - 25)

* n désigne le nombre d'enfant(s) à charge

Exemple sur la base d'un décès à l'âge de 60 ans et sur la base du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale 2019 (40 524 €)

- Rente viagère : $[1,00 \% \times (65 - 60 \text{ ans})] \times 40\,524 \text{ €} = 2\,026 \text{ €/an}$
- Rente temporaire : $[0,5 \% \times (60 \text{ ans} - 25)] \times 40\,524 \text{ €} = 7\,091 \text{ €/an}$

Niveau d'Incapacité Temporaire Totale/Invalidité Permanente	Niveau des prestations (en % de la base des garanties sous déduction du Régime Obligatoire reconstitué)
• Incapacité Temporaire Totale de Travail	100 %
• Invalidité Permanente Totale (N** ≥ 66 %)	100 %
• Invalidité Permanente Partielle (33 % ≤ N** < 66 %)	
Réduction de la rente totale dans la proportion de :	N / 66 ^e
• Invalidité Permanente Partielle (33 % ≤ N** < 66 %) pour les médecins, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, paramédicaux et conjoints collaborateurs	
Réduction de la rente totale dans la proportion de :	N / 66 ^e
• Invalidité Permanente Partielle (16 % ≤ N** < 66 %) pour les chirurgiens, chirurgiens-dentistes et vétérinaires	
Réduction de la rente totale dans la proportion de :	N / 66 ^e

** N correspond au taux d'invalidité

OPTION DISPONIBLE À LA SOUSCRIPTION POUR LES ASSURÉS ATTEIGNANT L'ÂGE DE 65 ANS

- **Option Incapacité Temporaire Totale de travail à 65 ans** 50 %

SANTÉ (facultatif)

Garantie de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, UNITÉS ET ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS					
• Frais de séjour en secteur conventionné	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Frais de séjour en secteur non conventionné	150 % BRSS*	200 % BRSS*	250 % BRSS*	300 % BRSS*	400 % BRSS*
• Honoraires en secteur conventionné ou non conventionné					
- Praticiens DPTAM ⁽¹⁾	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
- Praticiens non-DPTAM ⁽¹⁾	125 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
• Chambre particulière ⁽²⁾	40 €/jour	60 €/jour	80 €/jour	100 €/jour	120 €/jour
• Forfait journalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Séjour accompagnant enfant de moins de 16 ans (maximum 60 jours par an)	20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour

FRAIS MÉDICAUX

• Consultations/visites (généralistes et spécialistes)					
- Praticiens DPTAM ⁽¹⁾	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
- Praticiens non-DPTAM ⁽¹⁾	125 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, anesthésie, chirurgie et actes d'imagerie et échographie					
- Praticiens DPTAM ⁽¹⁾	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
- Praticiens non-DPTAM ⁽¹⁾	125 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux, transports	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
• Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Prévention : actes remboursés par le régime de base (dont vaccins)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Cures thermales prises en charge par le régime de base (remboursement par an et par bénéficiaire)					
- Honoraires					
- Praticiens DPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS	170 % BRSS	220 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
- Praticiens non-DPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
- Frais d'établissement	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
- Transport et hébergement	100 €	150 €	200 €	300 €	400 €
• Prothèses médicales (dont capillaires), prothèses auditives	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
• Soins et prestations inopinés à l'étranger pris en charge par le régime de base	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS

DENTAIRE

• Soins (dont inlays, onlays ; scellement des sillons)	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
• Prothèses prises en charge par le régime de base	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Inlay-core pris en charge par le régime de base	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
• Orthodontie prise en charge par le régime de base	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
• Prothèses non prises en charge par le régime de base (remboursement par prothèse dans la limite de 2 prothèses par an et par bénéficiaire)	150 €	200 €	300 €	400 €	500 €
• Implants dentaires (remboursement par implant dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	250 €	300 €	450 €	600 €	750 €
• Parodontie non prise en charge par le régime de base (maximum par an et par bénéficiaire)	150 €	200 €	300 €	400 €	500 €
• Orthodontie non prise en charge par le régime de base (maximum par an et par bénéficiaire)	225 €	300 €	450 €	600 €	750 €
• Plafond dentaire de remboursement par an et par bénéficiaire (hors soins)	-	1 500 €	2 000 €	2 500 €	3 000 €

OPTIQUE

• Lunettes : dans la limite d'un équipement ⁽³⁾ (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (tous les ans)					
- Monture + verre(s) simple(s) ⁽⁴⁾	150 €	200 €	250 €	350 €	470 €
- Monture + verre(s) complexe(s) ⁽⁵⁾	250 €	300 €	400 €	550 €	750 €
- Monture + verre(s) très complexe(s) ⁽⁶⁾	275 €	350 €	450 €	650 €	850 €
- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	200 €	250 €	325 €	450 €	610 €
- Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe	225 €	275 €	350 €	500 €	660 €
- Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe	275 €	325 €	425 €	600 €	800 €
• Lentilles prescrites prises en charge ou non par le régime de base y compris lentilles jetables	150 €/an	200 €/an	250 €/an	300 €/an	350 €/an
• Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	250 € / oeil	300 € / oeil	400 € / oeil	550 € / oeil	700 € / oeil

SANTÉ (facultatif) - Suite

Garantie de base (suite)	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
SERVICES					
• Tiers payant et remboursements automatisés (télétransmission)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Assistance Plus	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Protection Juridique Santé	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Participation aux actions de prévention santé (ces actions sont proposées grâce aux cotisations d'association)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

* BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

⁽¹⁾ Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS/Contrat d'Accès aux Soins, OPTAM/Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, OPTAM-CO/OPTAM Chirugiens-Obstétriciens et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

⁽²⁾ Durée illimitée en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité en secteur conventionné ou non conventionné.

Pour les unités et établissements de soins spécialisés conventionnés, la durée est limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire pour les niveaux 1 à 4 et 180 jours par an et par bénéficiaire pour le niveau 5. Les unités et établissements de soins spécialisés non conventionnés sont exclus.

⁽³⁾ La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

⁽⁴⁾ Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont le cylindre est $\leq +4$

⁽⁵⁾ Verres simple foyer dont la sphère hors zone -6 ou +6 ou dont le cylindre est > 4 , et pour les verres multifocaux ou progressifs.

⁽⁶⁾ Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4.

Cas particulier des mineurs : la prise en charge d'un équipement à verres multifocaux ou progressifs est limitée à 750 €, quel que soit le niveau de correction apportée.

PACK OPTIONNEL SÉRÉNITÉ

• Pharmacie prescrite non prise en charge par le régime de base - Automédication

Antalgiques, traitement des troubles gastro-intestinaux, homéopathie

50 % des Frais Réels, dans la limite de 50 € par an* et par bénéficiaire

• Médecines douces

Shiatsu, acupuncteur
Ostéopathe, chiropracteur, étiope, réflexologue
Naturopathe, phytothérapeute
Ergothérapeute
Psychologue, sexologue, psychomotricien, sophrologue
Pédicure-podologue, diététicien, nutritionniste
Consultations d'homéopathie

35 € par séance, limité à 5 séances par an* et par bénéficiaire

• Prévention non prise en charge par le régime de base

Ostéodensitométrie
Sevrage tabagique
Vaccins

100 € par an* et par bénéficiaire (tous actes confondus)

• Supplément frais de maternité*

150 €

* Par année d'adhésion

** Tous les frais, hors honoraires des praticiens, qui sont facturés dans le cadre d'une maternité et qui n'auraient pas été pris en charge par la garantie initiale.

FRAIS GÉNÉRAUX (facultatif)

Base de garantie	
• Artisans, commerçants en gérance majoritaire, professions libérales et médicales	Indemnisation* de 3 000 € à 120 000 € / an, par tranche de 100 €
• Artisans, commerçants en nom propre, professions agricoles et professions paramédicales	Indemnisation* de 3 000 € à 90 000 € / an, par tranche de 100 €

* Après un délai d'attente de 90 jours

Mutuelle Bleue

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN N° 775 671 993, assureur du contrat
Siège social : 68 rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08

Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat
25 cours Albert Thomas 69445 Lyon Cedex 03 - Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850
N° TVA : FR 37 335 244 489 - Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des Assurances

Tokio Marine Kiln Insurance

Succursale France : 6-8 boulevard Haussmann 75009 Paris - RCS Paris B 382 096 071 - N° TVA : FR 37 382 096 071