

**DEMANDE D’INTERVENTION FONDS DE SOLIDARITE SANTE CCN BET**

**AIDE A LA PRISE EN CHARGE DES MEDECINES DOUCES**

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont ainsi décidé de vous aider dans la prise en charge des thérapies suivantes : **l’auriculothérapie, la réflexologie, la kinésiologie, la naturopathie**

Elle intervient pour rembourser des **séances de médecines douces non incluse dans la couverture conventionnelle, dans la limite de 120 euros/an** et sous conditions de ressources.

Les bénéficiaires sont les salariés et leurs ayants droits des entreprises adhérentes au régime conventionnel « complémentaire santé » et ayant souscrit un contrat auprès de l’un des organismes assureurs recommandés par la Branche. Ces salariés devront justifier d’une ancienneté supérieure à un mois.

Complétez le formulaire ci-après et retournez-le avec les justificatifs à l’adresse suivante :

* **Par mail à** : **solutionsociales@harmonie-mutuelle.fr**
* **Par courrier postal :** Harmonie mutuelle – secrétariat de la direction de l’action sociale –

cap 55- 41 rue Fabienne Landy 37700 st pierre des corps

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faire appel au fonds de solidarité Harmonie Mutuelle, ne renoncez pas à vos frais de santé !

En qualité d’adhérent d’un contrat de complémentaire santé de la CCN BET souscrit pour vous auprès d’Harmonie mutuelle, vous et vos ayants droits pouvez également bénéficier du fonds de solidarité Harmonie mutuelle.

Lorsque vos ressources ne vous permettent pas de faire face à certaines dépenses de santé, vous pouvez solliciter le fonds de solidarité Harmonie mutuelle pour une éventuelle aide financière ponctuelle (sous conditions de ressrouces). Une seule demande sera recevable par personne et par année civile.

Pour toute information ou demande relative au fonds de solidarité Harmonie mutuelle, n’hésitez pas à nous contacter :

**09 69 39 29 13** (appel non surtaxé) du Lundi au Vendredi de 8h à 18h30.



**DEMANDE D’INTERVENTION FONDS DE SOLIDARITE SANTE CCN BET**

**AIDE AU FINANCEMENT DE PRESTATIONS DE MEDECINE DOUCES**

Cette aide bénéficiera aux assurés et à leurs ayants droits dont l’employeur a souscrit la couverture conventionnelle auprès de l’un des organismes assureurs recommandés par la Branche.

Elle intervient pour rembourser des **séances de médecines douces non incluse dans la couverture conventionnelle, dans la limite de 120 euros/an** et sous conditions de ressources.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont ainsi décidé de vous aider dans la prise en charge des thérapies suivantes : **l’auriculothérapie, la réflexologie, la kinésiologie, la naturopathie**

Modalités de recours au fonds de solidarité

Cette aide peut intervenir pour financer des séances de médecines douces du salarié ayant une ancienneté d’un mois et de ses ayants-droit à charge au contrat pourra être financé.

Cette aide, sur justificatifs des factures acquittées, sera plafonnée à 120 € par an et par bénéficiaire, dans la limite des dépenses engagées.

L’évaluation de la situation individuelle s’appuie sur les ressources fiscales du foyer définit par le Revenu Brut Global (RBG) figurant sur l’avis d’imposition divisé par le nombre de parts fiscales du foyer.

Dans le cas où il y aurait plusieurs déclarations fiscales (concubin, partenaire de pacs, enfant adulte ou non établissant sa propre déclaration de revenus), il conviendra de se référer à l’ensemble des avis d’imposition pour calculer le Revenu Brut Global divisé par le nombre de parts fiscales cumulées.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ressources 2021/2022**  | **Plafond de revenu annuel divisé par le nombre de parts fiscales**  | **Plafond de revenu mensuel divisé par le** **nombre de parts fiscales**  |
| Revenu Brut Global figurant du l’avis d’imposition | 35 000 € | 2917 € |

**Formulation de la demande**

Le demandeur

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Les pièces justificatives à fournir avec ce formulaire :

□ L’avis d’imposition de toutes les personnes vivant au foyer

□ Le dernier bulletin de salaire

□ La/les facture (s) acquittée (s) des séances de médecines douces (voir liste des pratiquent concernés) précisant le bénéficiaire

Consentement au traitement de vos données dans le cadre de cette demande

□ **J’autorise HARMONIE Mutuelle à collecter et à traiter mes données de santé uniquement aux fins de gestion de ma demande d’intervention du fonds de solidarité santé de la CCN BET**

*Les données collectées sont uniquement destinées à un usage interne par Harmonie Mutuelle – service d’action sociale, pour le suivi de votre demande, et seront conservées uniquement pendant le déroulement de votre suivi et effacées 2 ans après la fin de la prise en charge. Conformément à la règlementation, vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement ou de portabilité de vos données personnelles. Vous disposez en outre d’un droit à la limitation des traitements, d’un droit au retrait du consentement, du droit de ne pas faire l’objet d’une décision automatisée et d’un droit d’opposition dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle. Ces droits peuvent être exercés auprès du Responsable Protection des Données par mail à l’adresse* *dpo@harmonie-mutuelle.fr*

**Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements portés sur le présent questionnaire et m’engage à fournir les justificatifs demandés ainsi que tout autre justificatif nécessaire au traitement de ma demande.**

Fait à :………………………………………. Signature :

Date de la demande :……/……../…………



**DEMANDE D’INTERVENTION FONDS DE SOLIDARITE SANTE CCN BET**

**AIDE AU FINANCEMENT D’UN ABONNEMENT SPORTIF**

**Aide au financement d’un abonnement sportif**

Elle intervient en **remboursement de tout ou partie d’un abonnement sportif, dans la limite de 200 euros/an** et sous conditions de ressources.

Les bénéficiaires sont les salariés et leurs ayants droits des entreprises adhérentes au régime conventionnel « complémentaire santé » et ayant souscrit un contrat auprès de l’un des organismes assureurs recommandés par la Branche. Ces salariés devront justifier d’une ancienneté supérieure à un mois.

Pour faire une demande de prise en charge, complétez le formulaire ci-après et retournez-le avec les justificatifs :

* **Par mail :** **solutionsociales@harmonie-mutuelle.fr**
* **Par voie postale :** Harmonie mutuelle – secrétariat de la direction de l’action sociale –

cap 55- 41 rue Fabienne Landy 37700 st pierre des corps

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Faire appel au fonds de solidarité HARMONIE Mutuelle : Ne renoncer pas à vos soins !**

En qualité d’adhérent d’un contrat de complémentaire santé de la CCN BET souscrit pour vous auprès d’Harmonie mutuelle, vous et vos ayants droits pouvez également bénéficier du fonds de solidarité Harmonie mutuelle.

Lorsque vos ressources ne vous permettent pas de faire face à certaines dépenses de santé, vous pouvez solliciter le fonds de solidarité Harmonie mutuelle pour une éventuelle aide financière ponctuelle (sous conditions de ressources). Une seule demande sera recevable par personne et par année civile.

Pour toute information ou demande relative au fonds de solidarité Harmonie mutuelle, n’hésitez pas à nous contacter :

**09 69 39 29 13** (appel non surtaxé) du Lundi au Vendredi de 8h à 18h30.



**DEMANDE D’INTERVENTION FONDS DE SOLIDARITE SANTE CCN BET**

**AIDE AU FINANCEMENT D’UN ABONNEMENT SPORTIF**

Cette aide bénéficiera aux assurés et à leurs ayants droits dont l’employeur a souscrit la couverture conventionnelle auprès de l’un des organismes assureurs recommandés par la Branche.

Elle intervient en **remboursement de tout ou partie d’un abonnement sportif, dans la limite de 200 euros/an** et sous conditions de ressources.

Modalités du fonds de solidarité santé

Cette aide peut intervenir pour financer l’abonnement annuel à toutes activités sportives du salarié ayant une ancienneté d’un mois et de ses ayants-droit à charge au contrat pourra être financé.

Cette aide, sur justificatifs des factures acquittées et sous déduction de prises en charge d’autres organismes (CSE, …), sera plafonnée à 200 € par an et par bénéficiaire.

L’évaluation de la situation individuelle s’appuie sur les ressources fiscales du foyer définit par le Revenu Brut Global (RBG) figurant sur l’avis d’imposition divisé par le nombre de parts fiscales du foyer.

Dans le cas où il y aurait plusieurs déclarations fiscales (concubin, partenaire de pacs, enfant adulte ou non établissant sa propre déclaration de revenus), il conviendra de se référer à l’ensemble des avis d’imposition pour calculer le Revenu Brut Global divisé par le nombre de parts fiscales cumulées.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ressources 2021/2022**  | **Plafond de revenu annuel divisé par le nombre de parts fiscales**  | **Plafond de revenu mensuel divisé par le** **nombre de parts fiscales**  |
| Revenu Brut Global figurant du l’avis d’imposition | 35 000 € | 2917 € |

**Formulation de la demande**

Le demandeur

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Les pièces justificatives à fournir avec ce formulaire :

□ L’avis d’imposition de toutes les personnes vivant au foyer

□ Le dernier bulletin de salaire

□ La facture acquittée de l’abonnement sportif concerné précisant le bénéficiaire de cet abonnement

□ Les justificatifs de prise en charge d’autres organismes (CSE …)

Consentement au traitement de vos données dans le cadre de cette demande

□ **J’autorise HARMONIE Mutuelle à collecter et à traiter mes données de santé uniquement aux fins de gestion de ma demande d’intervention du fonds de solidarité santé de la CCN BET**

*Les données collectées sont uniquement destinées à un usage interne par Harmonie Mutuelle – service d’action sociale, pour le suivi de votre demande, et seront conservées uniquement pendant le déroulement de votre suivi et effacées 2 ans après la fin de la prise en charge. Conformément à la règlementation, vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement ou de portabilité de vos données personnelles. Vous disposez en outre d’un droit à la limitation des traitements, d’un droit au retrait du consentement, du droit de ne pas faire l’objet d’une décision automatisée et d’un droit d’opposition dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle. Ces droits peuvent être exercés auprès du Responsable Protection des Données par mail à l’adresse* *dpo@harmonie-mutuelle.fr*

**Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements portés sur le présent questionnaire et m’engage à fournir les justificatifs demandés ainsi que tout autre justificatif nécessaire au traitement de ma demande.**

Fait à :………………………………………. Signature :

Date de la demande :……/……../…………