



ACCORD UES MATMUT

ACCORD RELATIF AU REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTÉ DE L'UES MATMUT

Exercice 2022

ACCORD RELATIF AU REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTE DE L'UES MATMUT

Les Sociétés de l'Unité Économique et Sociale constituée autour de la MUTUELLE ASSURANCE DES TRAVAILLEURS MUTUALISTES (MATMUT) visées ci-après et représentées par Madame Véronique JOLLY, dûment habilitée :

SGAM Matmut, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

MATMUT SAM, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

MATMUT MUTUALITE L2, Mutuelle dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

MATMUT PROTECTION JURIDIQUE, Société Anonyme dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

INTER MUTUELLES ENTREPRISES, Société Anonyme dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

MATMUT VIE, Société Anonyme dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

MUTUELLE OCIANE MATMUT, Mutuelle dont le siège social est situé 35 rue Claude Bonnier 33054 BORDEAUX Cedex

MATMUT PATRIMOINE, Société Anonyme dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

Ci-après dénommées l'« Entreprise » d'une part,

et les organisations syndicales représentatives de l'UES MATMUT :

- CFDT : **Christelle COURTEL**

- SN2A-CFTC : **Florence Le Masson**

- CGT :

- CFE-CGC : **Frédéric POICHET**

- FO : **Michel LEMAIRE**

D'autre part,

Il est convenu ce qui suit.

CFDT	SN2A-CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM	FP	ML	JV	

SOMMAIRE

ARTICLE 1 – OBJET ET CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD	6
ARTICLE 2 – CLAUSE DE DESIGNATION	6
ARTICLE 3 – BENEFICIAIRES	6
ARTICLE 4 – MODALITES D'ADHESION AU REGIME COLLECTIF DE COMPLEMENTAIRE SANTE.....	6
ARTICLE 5 – PRESTATIONS.....	7
ARTICLE 6 – COTISATIONS.....	8
ARTICLE 7 – MAINTIEN DES GARANTIES – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	9
ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES – RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL	10
ARTICLE 9 – MODALITES D'INFORMATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE.....	11
ARTICLE 10 – CLAUSES FINALES.....	11

PREAMBULE

Le 1^{er} décembre 2020, l'UES Matmut et les organisations syndicales représentatives ont conclu un accord collectif majoritaire relatif au maintien, au sein de l'UES Matmut, d'un régime de complémentaire santé.

Cet accord a été conclu pour une durée déterminée, courant du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021.

Afin de négocier les conditions du maintien de ce régime complémentaire santé à compter de l'exercice 2022, quatre réunions de négociation se sont tenues les 3, 10, 25 et 30 novembre 2021.

Les sujets relatifs à la nature des garanties, à leur consommation et aux profils des bénéficiaires ont été instruits. La tarification et les résultats techniques du contrat collectif ont été également présentés et discutés. Enfin, les effets conjugués de la crise sanitaire et des évolutions réglementaires du 100 % Santé ont été observés et analysés sur les résultats du contrat, porté par la Mutuelle Ociane Matmut.

A l'issue de ces échanges et fortes des différents constats partagés, les parties signataires se sont accordées sur la conclusion d'un nouvel accord d'une durée d'un an.

Cet accord d'un an doit permettre de sécuriser une nouvelle période de couverture à prestations identiques et a vocation à permettre aux partenaires sociaux d'entamer des travaux de négociation, dès le premier semestre 2022, afin d'identifier les différentes mesures à mettre en place pour corriger les résultats techniques déficitaires, constatés au cours des dernières années.

L'ambition des partenaires sociaux est de négocier durant l'année 2022 un accord collectif triennal relatif au régime de complémentaire santé dont les mécanismes et résultats techniques seraient plus équilibrés. Dans ce cadre, il a été identifié par les partenaires sociaux plusieurs pistes de révision possibles à étudier, notamment :

- Le niveau ou la nature des garanties,
- La promotion de la prévention,
- Un tableau de garanties différent en fonction de la nature de l'adhésion (obligatoire ou facultative),
- La tarification,
- ...

L'objectif partagé des parties signataires du présent accord est de rechercher conjointement et par un temps de négociation dédié en 2022, les moyens adaptés pour assurer un meilleur équilibre financier du contrat collectif à terme.

Pour initier ces travaux de négociation sereinement, les parties sont convenues pour l'année 2022 :

- Du maintien du niveau de prestations pour tous les bénéficiaires,
- Du maintien de la cotisation additionnelle du salarié à hauteur de 2€ par mois,

- Du maintien de la répartition de la cotisation entre l'employeur (75 %) et le CSE (25 %)

La Direction de l'UES Matmut s'engage, quant à elle, à financer un abondement exceptionnel annuel au régime pour améliorer les résultats techniques du contrat et neutraliser tout impact tarifaire.

ARTICLE 1 – OBJET ET CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

L'objet du présent accord est de maintenir le régime collectif de complémentaire santé mis en place dès le 23 novembre 2017 et révisé le 1^{er} décembre 2020 au sein de l'UES MATMUT, sans évolution de garanties, dans le cadre d'un contrat responsable et solidaire.

Il s'applique à l'ensemble des salariés de l'UES MATMUT dans les conditions prévues à l'article 3 du présent accord.

Le dispositif mis en place consiste en un régime de remboursement de frais de santé intervenant en complément du régime obligatoire de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 2 – CLAUSE DE DESIGNATION

Sur proposition de la Direction, les partenaires sociaux désignent la MUTUELLE OCIANE MATMUT en qualité d'organisme assureur au titre des garanties de complémentaire santé prévues au présent accord.

ARTICLE 3 – BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires du présent accord sont :

- les salariés de l'UES MATMUT, dans le cadre d'une adhésion obligatoire,
- leurs ayants droits, dans le cadre d'une adhésion facultative.

ARTICLE 4 – MODALITES D'ADHESION AU REGIME COLLECTIF DE COMPLEMENTAIRE SANTE

4.1. Adhésion obligatoire des salariés

4.1.1. Adhésion obligatoire au régime collectif des salariés de l'UES MATMUT

Les salariés liés par un contrat de travail à l'une des sociétés de l'UES MATMUT adhèrent obligatoirement, en tant que participants, au régime collectif de remboursement des frais de santé, sous réserve des dérogations visées à l'article 4.1.2.

4.1.2. Dispense d'adhésion au régime obligatoire

Le présent accord admet les cas de dispense d'adhésion au régime obligatoire tels que prévus de plein droit par l'article R 242-1-6 du code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Par conséquent, les demandes de dispense d'adhésion doivent impérativement être formulées par écrit auprès de l'Administration du Personnel de la DRH, accompagnées des justificatifs afférents, ceux-ci devant être produits chaque année civile.

Ces demandes doivent être transmises selon les modalités suivantes :

- avant le 1^{er} janvier pour les salariés présents dans l'Entreprise ;
- dans les 15 premiers jours suivant leur embauche pour les nouveaux salariés.

Toute demande de dérogation incomplète et/ou tout retour de justificatif hors délai entraînera l'adhésion systématique du salarié au régime collectif obligatoire.

Un salarié qui bénéficie d'une dispense d'adhésion au régime obligatoire ne peut pas solliciter l'adhésion de ses ayants-droit au régime, et ce pendant toute la durée de sa dispense.

4.2. Adhésion facultative des ayants-droit

4.2.1. Définition des ayants-droit

Au titre du présent accord, les ayants-droit sont entendus comme le conjoint ou l'enfant à charge, tels que définis dans la notice d'information communiquée aux salariés (Annexe n°1).

4.2.2 Modalités d'adhésion facultative au régime de complémentaire santé

L'adhésion des ayants droits au présent accord est réalisée par le salarié bénéficiaire, selon les modalités d'adhésion définies dans la notice d'information (Annexe n°1).

ARTICLE 5 – PRESTATIONS

Le tableau des prestations joint au présent accord à titre indicatif (Intégré à l'annexe 1 – Notice d'information) a été élaboré dans le cadre de la négociation menée avec les Organisations Syndicales Représentatives de l'UES Matmut.

Le versement des prestations relève de la responsabilité de l'organisme assureur.

Les remboursements complémentaires des frais de santé effectués par l'organisme assureur ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après intervention de tout autre organisme.

Les évolutions réglementaires en matière de prise en charge des frais de complémentaire santé, qui interviendraient postérieurement à la signature du présent accord, s'appliqueront de plein droit.

ARTICLE 6 – COTISATIONS

Le tableau des cotisations applicables à la date d'entrée en vigueur du régime collectif est joint au présent accord (Annexe n°2).

6.1. Cotisation du régime collectif à adhésion obligatoire pour l'exercice 2022

Le financement du régime complémentaire santé à adhésion obligatoire instauré par le présent accord est assuré par l'employeur, le Comité Social et Economique et les bénéficiaires.

La cotisation mensuelle est fixée à 63,85 € au 1^{er} janvier 2022.

Cette cotisation est répartie entre l'employeur à hauteur de 75 % et le Comité Social et Economique de l'UES MATMUT à hauteur de 25 %. Etant entendu que le financement du CSE s'opère au titre de la part salariale.

Par ailleurs, et en complément, une cotisation additionnelle d'un montant forfaitaire mensuel de 2 € est prise en charge par chaque salarié bénéficiaire.

6.2. Cotisation due au titre de l'adhésion facultative des ayants-droit pour l'exercice 2022

La cotisation due au titre de l'adhésion facultative des ayants-droit est intégralement financée par le salarié, et payée par prélèvement effectué directement par l'organisme assureur, tel que désigné à l'article 2.

6.3. Mécanisme d'indexation de la cotisation obligatoire au titre de l'exercice 2022

Afin de favoriser un retour progressif à l'équilibre technique du présent régime, les parties conviennent du mécanisme d'indexation des cotisations obligatoires suivant.

Les tarifs 2022 évolueront au 1er juillet 2022 selon le ratio Prestations/Cotisations 2021 net de frais de gestion observé au 28 février 2022, et dans la limite maximale d'une augmentation de 2%, indice FNMF inclus :

- Pour un ratio P/C compris entre 1.00 et 1.02 : application d'une revalorisation correspondant à l'indice de coûts FNMF 2022,
- Au-delà d'un ratio P/C de 1.02 : l'évolution de la cotisation est égale au différentiel entre le taux d'équilibre 1.00 et le taux constaté.

6.4. Abondement exceptionnel de l'employeur pour l'exercice 2022

La Direction s'engage, de manière exceptionnelle et pour le seul exercice 2022, à verser un abondement exceptionnel au régime, à charge exclusive de l'employeur, afin d'assurer un meilleur équilibre financier du contrat.

Cet abondement sera d'un montant prévisionnel de 100.000 € et a vocation à neutraliser le déclenchement des évolutions tarifaires prévues à l'article 6.3 afin de permettre aux partenaires sociaux d'ouvrir la négociation au premier semestre 2022 sur la base de la tarification fixée à l'article 6.1.

Cet abondement sera versé au 1^{er} juillet 2022.

6.5 Clause de réserve au titre de l'exercice 2022

En cas de solde créditeur du compte de résultat technique du contrat collectif d'assurance complémentaire santé de l'UES Matmut, une réserve de stabilité sera constituée, au titre de l'exercice 2022, par l'affectation de 100 % de ce solde créditeur.

Elle sera utilisée pour combler ou réduire les éventuels déficits futurs du compte de résultat du contrat collectif complémentaire santé de l'UES Matmut, ou mettre en place une mesure exceptionnelle au titre de l'exercice 2022.

La réserve s'alimenterait comme suit :

Montant de la réserve de clôture 2022
 = Affectation de 100% du solde créditeur de l'exercice
 - Quote part d'impôt sur les sociétés de MOM au taux en vigueur

La réserve serait gérée par Mutuelle Ociane Matmut et rémunérée à compter du 31 décembre 2022 au taux de l'EURIBOR 12 mois + 0.1%, sans que celui-ci puisse être négatif.

ARTICLE 7 – MAINTIEN DES GARANTIES – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

7.1. Suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur

Dans le cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné.

Les périodes de suspension du contrat de travail visées sont notamment celles liées à la maladie, à la maternité, à la paternité, aux accidents du travail dès lors qu'elles sont indemnisées. Sont également concernés les cas où les salariés sont placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, la participation patronale, du Comité Social et Economique et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité.

7.2. Suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur

Dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, la suspension du contrat de travail entraînera la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné et ses ayants droits. Le régime pourra cependant être maintenu à la demande expresse du bénéficiaire, à la condition que ce dernier prenne intégralement à sa charge les cotisations correspondantes.

Les périodes de suspension du contrat de travail visées sont notamment celles liées aux périodes de congé sabbatique, de congé parental à temps complet, de congé création d'entreprise... car non indemnisées.

ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES – RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

8.1. Portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail pour un motif autre que la retraite du bénéficiaire

La portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail est régie par les dispositions légales et conventionnelle et bénéficie à toute rupture du contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

8.2. Maintien des garanties – régime d'accueil loi Evin

Le contrat respecte les dispositions de l'article 4 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989 relatif au maintien des garanties complémentaires santé collectives obligatoires au bénéfice :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans conditions de durée.

- des ayants-droit du salarié décédé (pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès).

Le maintien des garanties est étendu aux ayants-droit de l'ancien salarié lorsque ceux-ci étaient précédemment couverts par le régime collectif de complémentaire santé de l'UES MATMUT. Les cotisations sont intégralement prises en charge par l'assuré dans les conditions légales et conventionnelles en vigueur.

Les conditions de garanties et de cotisations du régime d'accueil loi Evin évolueront dans les mêmes conditions que celles applicables au régime collectif de complémentaire santé des salariés actifs de l'UES MATMUT.

ARTICLE 9 – MODALITES D'INFORMATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

9.1. Information individuelle

Une notice d'information est communiquée via Matmut Connect aux salariés bénéficiaires. Cette notice d'information comprend les principales dispositions du contrat d'assurance, notamment les garanties et les modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir afin de bénéficier des prestations (Annexe n° 1).

9.2. Information collective

Conformément à l'article R.2312-22 du Code du travail, le Comité Social et Économique a été informé et consulté sur le projet de mise en place des présentes garanties de complémentaire santé lors de la réunion des 19 & 20 novembre 2020. Ces dernières étant inchangées au titre du présent accord, aucune nouvelle information n'est requise.

Les résultats du présent régime seront établis annuellement par le gestionnaire.

ARTICLE 10 – CLAUSES FINALES

10.1 – Entrée en vigueur, durée et révision de l'accord

Les parties conviennent de procéder à la signature du présent accord par voie électronique, sans que cette modalité de signature puisse ultérieurement donner lieu à contestation.

Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

La durée d'application du présent accord est prévue pour une durée déterminée d'un an. Il cessera automatiquement de produire ses effets à l'échéance du terme, soit le 31 décembre 2022 à minuit.

Le présent accord se substitue intégralement à l'ensemble des dispositions antérieures résultant d'un accord collectif, d'un usage, décision unilatérale ou accord atypique en vigueur au sein de l'UES portant sur le même objet.

Le présent accord peut être révisé conformément aux dispositions légales en vigueur.

10.2. – Notification, dépôt et publicité

Le présent accord est notifié à l'issue de la procédure de signature par la Direction à l'ensemble des organisations syndicales représentatives par message électronique avec accusé réception.

En application des articles L.2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, il sera également transmis par voie dématérialisée sur la plateforme de téléprocédure TéléAccords en une version complète et signée des parties en format pdf, ainsi que les pièces nécessaires au dépôt.

Un exemplaire numérique original sera transmis à chacune des parties signataires et, en outre, déposé auprès du Greffe du Conseil de Prud'hommes de ROUEN.

Il sera à la disposition des collaborateurs sur l'intranet de l'Entreprise.

Fait en un exemplaire numérique original
A Rouen, le 9 décembre 2021.

POUR LA DIRECTION DE L'UES MATMUT

Jolly véronique

Jolly Véronique

POUR LES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRESENTATIVES DE L'UES MATMUT :

CFDT, Christelle COURTEL

Christelle COURTEL

SN2A-CFTC, Florence Le Masson

Florence Le Masson

CFE-CGC, Frédéric POICHET

Frédéric POICHET

CGT,

FO, Michel LEMAIRE

Michel LEMAIRE

Annexe 1 – A titre informatif - Notice d'information

CFDT	SN2A- CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM		FP	ML	JV



Ociane UES Matmut

NOTICE D'INFORMATION SALARIÉ

Régime frais de santé complémentaire
UES Matmut
Adhésion obligatoire



CFDT	SN2A-CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM	FP	ML	JV	



CFDT	SN2A-CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM		FP	ML	JV

Sommaire

Lexique.....	Page 4
Section 1 - Mutuelle Ociane Matmut, qui sommes-nous?.....	Page 9
Section 2 - Le fonctionnement du contrat	Page 10
Article 1 - Les dispositions générales	Page 10
Article 2 - Le processus d'adhésion.....	Page 10
Article 3 - Les événements survenant en cours d'adhésion.....	Page 11
Article 4 - La cessation des garanties	Page 11
Article 5 - Le paiement des cotisations.....	Page 12
Section 3 - La mise en œuvre des prestations.....	Page 13
Article 6 - Les données de santé.....	Page 13
Article 7 - Les garanties du contrat	Page 13
Article 8 - Le libre choix.....	Page 13
Article 9 - Les modalités de calcul des prestations.....	Page 14
Article 10 - Les bases et limites des remboursements.....	Page 14
Article 11 - La couverture des accidents	Page 14
Article 12 - Les risques exclus.....	Page 15
Article 13 - Le contrôle médical des prestations.....	Page 15
Article 14 - Subrogation, prescription, forclusion.....	Page 15
Section 4 - Quelques informations pratiques.....	Page 16
Article 15 - Les modalités de remboursements	Page 16
Article 16 - Le dispositif réglementaire	Page 19
Article 17 - Le Fonds d'Entraide Mutualiste.....	Page 21
Article 18 - Le traitement des réclamations	Page 21
Article 19 - La protection des données personnelles	Page 22
Article 20 - La communication d'informations ou de documents sur support durable	Page 23
Article 21 - Votre garantie Protection Juridique Santé	Page 23
Article 22 - Vos services internet exclusifs : toute votre mutuelle en ligne sur matmut.fr	Page 23
Annexes	Page 26
Annexe 1 - Vos garanties Assistance Matmut	Page 27
Lexique propre aux garanties d'assistance.....	Page 33
Annexe 2 - Votre garantie complémentaire santé	Page 34
Vos contacts Mutuelle Ociane Matmut	Page 38

LEXIQUE

Ce lexique est destiné à mieux comprendre votre contrat.

Accident

Toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré non intentionnelle de sa part et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Actes hors nomenclature

Il s'agit de soins et actes de santé non remboursés par l'Assurance Maladie et qui ne figurent notamment pas sur la Liste des Produits et Prestations (LPP).

Acupuncture

Branche de la médecine chinoise traditionnelle consistant à piquer avec des aiguilles des points précis de la surface du corps d'un patient pour soigner différentes maladies, diminuer la douleur ou notamment aider à l'arrêt du tabac.

Adhérent ou membre participant

Salarié ou ancien salarié de l'entreprise ou membre de la personne morale souscriptrice qui bénéficie des prestations du contrat collectif et en ouvre le droit, le cas échéant à ses ayants droit.

Affection Longue Durée (ALD)

Maladie reconnue par l'Assurance Maladie Obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins prolongés. Les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la Base de Remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

C'est le Médecin Conseil de la Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire qui accorde les droits à cette prise en charge sur demande du médecin traitant.

Affiliation

Acte par lequel le membre participant et le cas échéant ses ayants droit, sont inscrits sur le contrat collectif afin de bénéficier des prestations de la mutuelle.

Appareillage

Matériels médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

Assurance Maladie Obligatoire

Régimes obligatoires français couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Auriculothérapie

Thérapeutique dérivée de l'acupuncture traditionnelle qui consiste à traiter différentes affections du corps par la piqûre de points déterminés du pavillon de l'oreille. Elle est notamment utilisée en matière d'aide à l'arrêt du tabac.

Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux, à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues...

Ayants droit

Membres de la famille de l'adhérent (conjoint, concubin, PACS, enfants à charge), bénéficiaires des garanties du contrat, désignés en cette qualité sur le bulletin d'affiliation.

Base de Remboursement (BR)

Tarif sur la base duquel intervient le remboursement de l'Assurance Maladie et celui de votre mutuelle.

Il s'agit de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession,
- Tarif d'Autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (situation peu fréquente). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de Base de Remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux. La Base de Remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Bénéficiaire

Celui au bénéfice duquel les garanties du contrat peuvent être mises en jeu. Il s'agit de l'adhérent et de ses ayants droit nommément désignés sur le bulletin d'affiliation.

Carte Vitale ®

La carte Vitale ® est la carte d'assuré social. Elle atteste de votre affiliation et de vos droits à l'Assurance Maladie. Dite aussi « carte à puce », elle contient tous les renseignements administratifs nécessaires au remboursement de vos soins par télétransmission. Elle peut être présentée à tout professionnel ou établissement de santé, équipé du matériel informatique lui permettant de la « lire ».

« carte Vitale » est une marque déposée.

CFDT	SN2A-CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM	FP	ML	JV	

Certificat de radiation

Document établi par le précédent organisme de complémentaire santé suite à la radiation d'un adhérent, lui permettant lors de l'adhésion à une nouvelle mutuelle, d'éviter s'il y a lieu les délais d'attente (délai de carence, stage).

Chiropracteur

Professionnel qui pratique la chiropraxie (méthode thérapeutique visant à soigner différentes affections par manipulation des vertèbres).

Conjoints

Les personnes :

- mariées,
- unies par un pacte civil de solidarité (PACS),
- vivant sous le même toit de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Contrat conclu entre une personne morale, notamment une entreprise, et un assureur au profit de l'ensemble de ses salariés en vue de leur faire bénéficier d'une protection complémentaire santé s'imposant à eux, sauf dérogations spécifiques.

Contrat responsable

La loi qualifie une complémentaire santé de responsable lorsqu'elle encourage au respect du parcours de soins coordonnés : le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire.

Cure thermale

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections (douleurs rhumatismales, eczéma...).

Délai d'attente, délai de carence ou stage

Période suivant l'adhésion pendant laquelle l'adhérent ne peut bénéficier de tout ou partie des garanties souscrites.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Diététicien

Spécialiste diplômé en diététique (partie de la médecine et de l'hygiène visant à adapter le régime alimentaire aux besoins particuliers des individus selon leur état de santé, leur mode de vie et leur âge).

Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM = OPTAM ou OPTAM-CO)

Dispositifs conventionnels permettant aux médecins traitants signataires de modérer leurs pratiques tarifaires en améliorant la prise en charge de leurs patients.

Endodontie

Discipline spécialisée dans le traitement des maladies de la pulpe dentaire (intérieur de la dent).

Enfant handicapé

Personne bénéficiaire de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ou de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Enfant scolarisé

Par enfant scolarisé, on entend notamment l'étudiant ou le lycéen, y compris dans le cadre d'une formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de qualification...).

Ergothérapeute

Auxiliaire médical spécialiste en ergothérapie (méthode de rééducation et de réadaptation sociale par l'activité physique).

Étiopathie

Pratique proche de l'ostéopathie qui, avec des manipulations douces, vise à traiter la cause des maux afin d'en traiter les symptômes.

Forfaits et plafonds

Sommes maximales ou limites auxquelles le bénéficiaire peut prétendre pour certaines garanties. Les forfaits et plafonds indiqués aux tableaux de garanties sont exprimés par type de prise en charge (ex : X €/dent, X €/verre) et, le cas échéant, par période (jour/semestre/année).

Le montant des forfaits annuels ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1^{er} janvier de chaque année sauf en ce qui concerne :

- le forfait optique des personnes à partir de 16 ans, lequel se renouvelle tous les deux ans à compter de la date d'achat du dernier équipement sauf en cas d'évolution de la vue,
- le forfait audio, lequel se renouvelle par oreille tous les quatre ans à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les plafonds et forfaits annuels ou biennaux non consommés ne se reportent pas d'une période sur l'autre.

Forfait journalier ou hospitalier

Participation de l'assuré aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (pour une d'hospitalisation supérieure à 24 h).

Votre mutuelle prend en charge ce forfait, dans les limites des garanties souscrites.

Frais (ou lit) d'accompagnant

Lors de l'hospitalisation d'un enfant, un proche peut l'accompagner. Le coût du lit d'accompagnant et du repas reste à sa charge. Cependant, votre mutuelle rembourse une partie de ces frais journaliers.

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses. En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux qui seront alors facturés à part.

Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par la Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Ces franchises sont susceptibles d'être modifiées par la loi et ses règlements d'application (article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale).

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Homéopathie

Discipline basée sur l'administration de substances minérales, végétales ou animales sous forme de granules ou de gouttes, à extrêmement faibles concentrations.

Honoraires médicaux

Rémunération d'un professionnel de santé.

Hypnose

Technique thérapeutique visant à modifier temporairement l'état de conscience d'une personne. Elle offre notamment des résultats intéressants en matière d'aide à l'arrêt du tabac.

Implantologie dentaire

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

Inlay Onlay

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métal, composite ou céramique).

Inlay-core

Appelé également faux moignon, l'inlay-core est le tenon métallique qui va s'insérer dans la racine et soutenir la couronne dentaire.

Médecin traitant

Le médecin généraliste ou spécialiste est celui déclaré par le patient auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Médecin correspondant

Le médecin correspondant est celui vers lequel le médecin traitant oriente un patient, soit pour avis, soit pour des examens complémentaires, soit pour un suivi régulier. Le plus souvent, le médecin correspondant est un spécialiste : cardiologue, dermatologue, radiologue, etc.

En consultant le médecin correspondant sur avis du médecin traitant, le patient respecte le parcours de soins coordonnés et il est ainsi mieux remboursé.

Microkinésithérapie

Micro-massages qui permettent de détecter des zones de résistance et aident à évacuer les traumatismes passés et présents.

Naturopathie

Ensemble des méthodes de soins visant à renforcer les défenses de l'organisme par des moyens considérés comme naturels et biologiques (par exemple l'association d'aliments pour une meilleure digestion).

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, depuis le 1^{er} juin 2014, il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

Notice d'information

Il s'agit du présent document établi par la mutuelle à destination des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale ayant souscrit un contrat collectif d'assurance auprès de la mutuelle. Ce document définit les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Il précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle à chaque adhérent. Lorsque les modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'informer chaque adhérent en lui remettant une nouvelle notice. La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

Nous

Pour les garanties Frais de soins : **Mutuelle Ociane Matmut** soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Siège social : 35 rue Claude Bonnier - 33054 Bordeaux Cedex - N° SIREN : 434 243 085

Pour la garantie Assistance : **Matmut**, Mutuelle assurance des travailleurs mutualistes, société d'assurance mutuelle à cotisations variables, entreprise régie par le Code des Assurances, 66 rue de Sotteville, 76100 Rouen

Pour la garantie Protection Juridique : **Matmut Protection Juridique** ayant reçu agrément par arrêté du 1^{er} octobre 1999 pour pratiquer les opérations correspondant à la branche 17 (protection juridique) mentionnée à l'article R. 321-1 du Code des Assurances Société anonyme au capital de 7 500 000 € entièrement libéré N° 423 499 391 RCS Rouen, entreprise régie par le Code des Assurances, 66 rue de Sotteville 76100 Rouen.

Nullité de la garantie

Mesure visée par la loi – article L. 221-14 du Code de la Mutualité – pour sanctionner l'adhérent ayant fait une fausse déclaration intentionnelle du risque, à l'adhésion au contrat, dans l'intention de nous tromper. La garantie accordée est nulle.

Orthodontie

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

Ostéopathe

Professionnel diplômé en ostéopathie (approche thérapeutique qui repose sur des manipulations manuelles des os, des muscles, des viscères ou du crâne).

Panier de soins ANI

Désigne les garanties minimum qui doivent être proposées aux salariés d'un contrat santé collectif, obligatoire et responsable mis en place par l'entreprise dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé.

Paniers de soins 100 % Santé

Désignent les niveaux de garanties avec un reste à charge nul ou modéré qu'impose la réforme dite 100 % Santé mise en place progressivement dans les secteurs du dentaire, audiologie et optique.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement.

Il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire âgés de plus de 16 ans. La désignation d'un médecin traitant fait partie intégrante du parcours de soins coordonnés.

Parodontie

La parodontie est la partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus de soutien de la dent : gencive, os alvéolaire, cément et ligament alvéolo-dentaire.

Participation forfaitaire

Somme forfaitaire, dont le montant est fixé par décret, qui reste, conformément aux dispositions de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, à la charge de l'assuré pour chaque consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste ou les examens de radiologie ou de biologie.

La participation forfaitaire ne concerne pas les personnes âgées de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir de leur 6e mois de grossesse et les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire et de l'Aide Médicale de l'État (AME).

Participation forfaitaire pour actes coûteux

Participation forfaitaire à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Certains actes ne sont pas concernés par cette participation forfaitaire (radiodiagnostic, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD...).

Placements Particuliers

Hébergement dans un établissement à caractère médico-social prenant en charge des personnes handicapées et proposant notamment un accompagnement médical et/ou éducatif et/ou professionnel adapté (ex. : foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée, instituts d'éducation motrice, institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) et plus généralement les établissements figurant à l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Plafond

Cf. définition Forfaits et plafonds.

Prescription

Délai à l'issue duquel le titulaire d'un droit ne dispose plus d'action pour le faire valoir.

Prothèses auditives ou audioprothèses

Appareils améliorant l'audition de la personne qui en est équipée. Il existe différents types de prothèses auditives : les contours d'oreille, les prothèses intra-auriculaires, les lunettes auditives et les appareils boîtiers. Elles sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription d'un médecin en Oto-Rhino-Laryngologie (ORL).

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- les prothèses fixes, telles que les couronnes et les bridges,
- les prothèses amovibles (dentiers),
- les prothèses transitoires.

Psychologue

Spécialiste en psychologie (discipline fondée sur l'étude scientifique des faits psychiques, dont l'objectif est de préserver, maintenir ou améliorer le bien-être, la qualité de vie et la santé psychique des personnes).

Psychomotricien

Auxiliaire médical spécialiste en psychomotricité (discipline qui considère les fonctions motrices sous l'angle de leurs relations avec le psychisme, notamment employée pour prévenir ou traiter les troubles psychomoteurs ou les handicaps).

Radiation

Acte par lequel il est mis fin à l'affiliation du membre participant.

Réflexologie plantaire

Massage des pieds et de la voûte plantaire utilisé pour soulager les tensions et les maux.

Régime Obligatoire (RO)

Régime d'Assurance maladie auquel l'assuré est affilié de par son activité professionnelle : CPAM (régime général des salariés), M.S.A, GAMEX (régime agricole), Mutualité Fonction Publique.

Répertoire ADEL

Le répertoire ADEL recense tous les professionnels de santé actifs, ayant une autorisation d'exercice légal de leur profession, qui ont, quel que soit leur mode d'exercice, l'obligation de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture du lieu de leur résidence professionnelle

Résiliation

Acte par lequel il est mis fin à l'adhésion du souscripteur à sa propre initiative ou à celle de la mutuelle.

Reste à charge

Part de la dépense du patient qui n'est prise en charge ni par l'Assurance Maladie Obligatoire, ni par la complémentaire santé.

Soins dentaires

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribue à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Sophrologie

Méthode d'entraînement du corps et de l'esprit afin d'atteindre un mieux-être durable. Elle passe notamment par des techniques de relaxation.

Souscripteur

L'employeur ou la personne morale signataire du présent contrat et défini sous ce nom aux Conditions Particulières.

Subrogation

Substitution de l'assureur dans les droits du bénéficiaire lorsqu'il a été indemnisé contre le(s) tiers responsable(s) du dommage.

Support durable

Constitue un support durable tout instrument offrant la possibilité à l'assuré ou à l'assureur de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées

Tarif de responsabilité

Cf. définition Base de Remboursement.

Tarif forfaitaire de responsabilité

Mesure créée par le Ministère de la Santé pour promouvoir la vente des médicaments génériques qui, s'ils sont écartés au profit de médicaments de marque plus onéreux, impose au bénéficiaire des soins de régler la différence de prix entre le médicament de marque et le médicament générique et lui interdit de bénéficier du tiers payant.

Ticket modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le montant du remboursement qu'elle effectue, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés. En fonction de la garantie souscrite, votre mutuelle peut prendre en charge tout ou partie de cette somme.

Tiers payant

Dispositif qui dispense le patient de faire l'avance de tout ou partie de ses frais de santé dans les conditions et limites des garanties souscrites. L'Assurance Maladie et votre mutuelle règlent directement les professionnels de santé qui le pratiquent et avec lesquels des conventions ont été passées.

Verres simples (optique)

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

Verres complexes (optique)

Verre à simple foyer dont la sphère est supérieure à -6.00 ou +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4.00 – Verres multifocaux ou progressifs – Matériel pour amblyopie (loupe visuelle, système ophtalmologique d'occlusion à la lumière...). **Verres très complexes (optique)**

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8.00 à + 8.00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à + 4.00 dioptries.

Vous

L'adhérent.

Votre entreprise a décidé la mise en place d'un contrat à adhésion obligatoire dans le but de faire bénéficier son personnel, et éventuellement la famille de celui-ci, d'une garantie frais de santé et d'assistance.

Cette garantie s'exerce conformément aux dispositions des statuts de la **Mutuelle Ociane Matmut** qui vous ont été communiqués et sont à votre disposition depuis votre Espace Personnel sur matmut.fr. Ces statuts définissent les règles de participation des membres au fonctionnement de la mutuelle.

En application de l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, la présente notice d'information définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque (soins médicaux ou hospitalisations).

Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Elle constitue le mode d'emploi de votre contrat.

Nous vous recommandons de lire attentivement ce document afin de vous permettre de bénéficier pleinement des services mis à votre disposition.

Section I - MUTUELLE OCIANE MATMUT, QUI SOMMES-NOUS ?

La **Mutuelle Ociane Matmut** est le résultat de la fusion au 1^{er} janvier 2017 entre **Matmut Santé Prévoyance** et la **Mutuelle Ociane**, spécialiste de la santé depuis plus de 90 ans. Elle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, membre de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

Mutuelle à but non lucratif, **Ociane Matmut** développe ses activités dans le respect des valeurs mutualistes :

- la qualité de service,
- la solidarité,
- la performance : des forfaits innovants, une gestion rigoureuse et des prix calculés au plus juste,
- la compétence,
- la loyauté et la transparence : des informations claires et précises pour une relation de confiance.



Une expertise nationale reconnue :

- **plus de 90 ans d'expérience dans la protection des personnes,**
- **plus de 750 000 personnes protégées,**
- **près de 12 000 contrats collectifs,**
- **plus de 356 millions d'euros de cotisations.**

La **Mutuelle Ociane Matmut** est certifiée **ISO 9001**.

La reconnaissance de la qualité de ses services

Ociane Matmut s'est engagée depuis de nombreuses années dans une démarche qualité, tournée vers l'adhérent et sa satisfaction. L'obtention de la certification ISO 9001*, accordée par AFNOR CERTIFICATION depuis le 23 juillet 2013, atteste de l'efficacité des procédures mises en œuvre par la **Mutuelle Ociane Matmut**. Elle confirme son aptitude à fournir un service de qualité au quotidien et sa volonté d'améliorer celui-ci de façon permanente.

* La certification ISO 9001 : 2008 spécifie les exigences relatives au système de management de la qualité.

Autorité de contrôle

La **Mutuelle** est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE

1

Les dispositions
générales

I-1 LES BÉNÉFICIAIRES

Vous, l'adhérent

En tant que salarié, vous signez le bulletin individuel d'affiliation et devenez ainsi membre participant de la mutuelle.

Votre garantie est également ouverte à toute votre famille.

Par famille, on entend :

- conjoint, concubin, ou le partenaire lié à l'adhérent par la signature d'un pacs,
- enfants jusqu'à la fin de l'année civile de leur 28^e anniversaire.

La limite d'âge prévue pour l'enfant ne s'applique pas si ce dernier bénéficie des allocations pour personnes handicapées au sens des dispositions législatives ou réglementaires applicables aux personnes handicapées.

I-2 LES DISPENSES D'AFFILIATION POSSIBLES

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le souscripteur doit affilier au contrat l'ensemble des salariés désignés aux Conditions Particulières sous réserve des cas de dispense admis et mentionnés dans l'acte de mise en place du régime de protection sociale.

Dans ce cas, le salarié doit en exprimer la demande et fournir le justificatif de dispense.

Quand l'objet de la dispense n'existe plus, le salarié doit adhérer.

I-3 LA GARANTIE

L'employeur ou la personne morale a souscrit un niveau de garantie pour l'ensemble des salariés dans le cadre du contrat collectif obligatoire.

Les ayants droit de l'adhérent peuvent bénéficier à titre facultatif du contrat. La perte de la qualité d'adhérent entraîne obligatoirement et automatiquement la perte de la qualité d'ayant-droit de l'adhérent.

ARTICLE

2

Le processus
d'adhésion

2-1 QUAND DÉBUTE VOTRE ADHÉSION ?

L'adhésion est acquise

- à effet immédiat pour tout salarié à compter de la date à laquelle il remplit les conditions pour accéder au contrat ainsi que les membres de sa famille adhérent simultanément par son intermédiaire à titre de membre bénéficiaire,
- au 1^{er} du mois de la réception de la demande ou du mois suivant pour les ayants droit du membre participant,
- rétroactivement au jour de la naissance pour le nouveau-né dont l'inscription à la mutuelle est demandée dans les 3 mois suivant sa naissance. Il en est de même en cas d'adoption, la date d'adhésion étant fixée sur présentation de la pièce officielle.

2-2 L'ADHÉSION DU SALARIÉ

Pour adhérer au contrat santé, il vous suffit de compléter un bulletin individuel d'affiliation remis par votre employeur et y joindre la copie de votre attestation de droits à l'Assurance Maladie récente.

Votre dossier complet doit être retourné à votre employeur.

Lorsque votre adhésion est enregistrée, vous recevrez, votre carte de tiers payant en deux exemplaires. Les statuts de la mutuelle, la notice d'information et la notice protection juridique Santé seront mis à votre disposition dans votre Espace Personnel sur matmut.fr.

2-3 L'ADHÉSION DE VOTRE CONJOINT : ÉPOUX (SE), CONCUBIN, PACS

Pour inscrire votre conjoint sur votre contrat santé, vous devez compléter un bulletin individuel d'affiliation, et le retourner à votre employeur accompagné des pièces suivantes :

- une copie de l'attestation de droits à l'Assurance Maladie récente sur laquelle figure le conjoint,
- une copie du livret de famille, de l'attestation de PACS délivré par votre mairie ou le tribunal ou une déclaration sur l'honneur de concubinage,
- et le cas échéant, le certificat de radiation transmis par le précédent organisme complémentaire santé, précisant le détail de la garantie. Ce document doit être produit dans les 2 mois qui suivent la date de radiation du précédent organisme.

À réception de votre dossier complet, nous vous adresserons une nouvelle carte de tiers payant actualisée.

2-4 L'ADHÉSION DE VOS ENFANTS À CHARGE

Pour inscrire votre enfant sur votre contrat santé, vous devez compléter un bulletin individuel d'affiliation, et le retourner à votre employeur accompagné des pièces suivantes :

- une copie de l'attestation de droits à l'Assurance Maladie récente sur laquelle figure l'enfant,
- pour le versement de la prime d'inscription naissance ou adoption : une copie de l'extrait d'acte de naissance délivré par votre mairie ou du certificat d'adoption délivré par le tribunal (voir démarche à l'article 15-4-1),

Au-delà de son 20^e anniversaire, un certificat de scolarité ou d'apprentissage, ou une copie de l'attestation de l'inscription à Pôle emploi.

À réception de votre dossier complet, nous vous adresserons une nouvelle carte de tiers payant actualisée.

2-5 VOTRE ENFANT DEVIENT ÉTUDIANT OU SALARIÉ

Si votre enfant poursuit des études ou est en apprentissage, il peut continuer à bénéficier de votre garantie aux conditions suivantes :

- s'il a moins de 28 ans au 1^{er} janvier de l'exercice,
- si sa rémunération n'excède pas 55 % du SMIC.

Si votre enfant a 28 ans ou plus ou bien s'il perçoit une rémunération supérieure à 55 % du SMIC, il ne pourra plus bénéficier de votre garantie à la fin de l'année civile en cours.

ARTICLE 3

Les événements
survenant en
cours d'adhésion :
changement de
situation

Il est important de nous signaler toute modification de vos coordonnées pour ne pas retarder nos échanges. Pour cela rien de plus simple !

Modifiez vos coordonnées personnelles directement depuis votre Espace Personnel sur matmut.fr.

Les modifications (comme par exemple le changement d'un RIB, de nom) prennent effet au plus tôt le lendemain de la demande.

3-1 LE CHANGEMENT DE COORDONNÉES : DÉMÉNAGEMENT OU CHANGEMENT DE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Il vous suffit de nous communiquer vos nouvelles coordonnées soit :

- en contactant le 02 32 08 78 73,
 - par mail à ctcollectifsante@matmut.fr,
 - par courrier à **Mutuelle Ociane Matmut** – CONFIDENTIEL Salarié – 66 rue de Sotteville 76030 Rouen Cedex 1.
- Cette démarche ne se substitue pas à l'envoi du formulaire « Formalités administratives » situé dans « Liens Utiles » sur **Matmut Connect**.

3-2 LE CHANGEMENT DE COORDONNÉES BANCAIRES DU COMPTE SUR LEQUEL VOUS RECEVEZ VOS REMBOURSEMENTS

Vous devez nous communiquer le relevé d'identité bancaire fourni par votre banque soit :

- en effectuant directement les modifications dans votre Espace Personnel sur matmut.fr,
- par mail à ctcollectifsante@matmut.fr,
- par courrier à **Mutuelle Ociane Matmut** – CONFIDENTIEL Salarié – 66 rue de Sotteville 76030 Rouen Cedex 1.

Cette démarche ne se substitue pas à l'envoi du formulaire « Formalités administratives » situé dans « Liens Utiles » sur **Matmut Connect**.

Ceci nous permettra d'effectuer les remboursements sur votre nouveau compte.

3-3 LE CHANGEMENT DE RÉGIME OU DE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Vos coordonnées (numéro de sécurité sociale et centre payeur) sont indispensables pour garantir un remboursement rapide et bénéficier des échanges avec l'Assurance Maladie (NOEMIE) dont vous dépendez.

Aussi, en cas de changement de caisse d'Assurance Maladie, vous devez nous faire parvenir une copie de la nouvelle attestation de droits de l'Assurance Maladie sur laquelle figurent les personnes couvertes soit :

- en effectuant directement les modifications dans votre Espace Personnel sur matmut.fr,
- par mail à ctcollectifsante@matmut.fr,
- par courrier à **Mutuelle Ociane Matmut** – CONFIDENTIEL Salarié – 66, rue de Sotteville 76030 Rouen Cedex 1.

ARTICLE 4

La cessation de
la garantie**4-1 LE DÉPART DE L'ADHÉRENT**

À votre départ de l'entreprise, plusieurs situations peuvent se présenter, de façon successive :

4-1-1 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail (portabilité des droits)

Le contrat respecte les dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale relatif à la portabilité des droits en matière de complémentaire santé.

Le maintien des garanties prend fin à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage ou lorsque l'ancien salarié n'apporte plus la preuve de cette indemnisation. Le maintien des garanties prend également fin à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard douze mois après la rupture de son contrat de travail.

Le maintien des garanties cesse en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de cette résiliation.

4-1-2 Maintien des garanties - Régime d'accueil loi Évin

Le contrat respecte les dispositions de l'article 4 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989 relatif au maintien des garanties complémentaires santé collectives obligatoires au bénéfice :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans conditions de durée,
- des ayants droit du salarié décédé (pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès).

Le maintien des garanties est étendu aux ayants droit de l'ancien salarié lorsque ceux-ci étaient précédemment couverts par le régime collectif de complémentaire santé de l'UES **Matmut**.

Les modalités de mise en place :

1. la mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de portabilité des droits,
2. de son côté, l'employeur doit transmettre à l'assureur, dans des délais compatibles, les éléments nécessaires à l'envoi de cette proposition : liste et coordonnées des salariés concernés,
3. pour bénéficier du maintien de la garantie, les anciens salariés doivent en faire la demande dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail (à la fin de la période de portabilité ou suivant le décès du salarié pour les personnes garanties du chef de l'assuré décédé).

Cotisation encadrée :

- le tarif appliqué à l'ancien salarié la première année correspond à celui retenu pour les actifs,
- la seconde année le tarif est calculé ainsi : tarif des actifs majoré de 25 %,
- la troisième année : tarif des actifs majoré de 50 %.

Les ayants droit de l'ancien salarié se voient appliquer les mêmes cotisations que celles des ayants droits des actifs.

Par ailleurs, en cas d'évolution des conditions de garanties et de cotisation du régime collectif de complémentaire santé des salariés actifs de l'UES **Matmut**, le régime d'accueil de loi Évin se verra appliquer les mêmes conditions.

Le membre participant bénéficiaire de ce maintien facultatif a la possibilité de résilier sa couverture chaque année à son échéance annuelle (31 décembre), en envoyant sa notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité à la mutuelle au moins deux mois avant cette échéance (soit le 31 octobre au plus tard).

Le membre participant peut également résilier son contrat en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau du maintien. La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

4-1-3 En cas de décès du salarié

La radiation prend effet le lendemain à 0 heure de la date du décès de l'assuré.

4-1-4 En cas de démission

La radiation prend effet à la date de rupture du contrat de travail transmise par l'employeur.

4-1-5 En cas de suspensions du contrat de travail

a) Suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur

Dans le cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné.

Les périodes de suspension du contrat de travail visées sont notamment celles liées à la maladie, à la maternité, à la paternité, aux accidents du travail dès lors qu'elles sont indemnisées. Sont également concernés les cas où les salariés sont placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, la participation patronale, du Comité Social et Économique et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité.

b) Suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur

Dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, la suspension du contrat de travail entraînera la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné et ses ayants droits. Le régime pourra cependant être maintenu à la demande expresse du bénéficiaire, à la condition que ce dernier prenne intégralement à sa charge les cotisations correspondantes.

Les périodes de suspension du contrat de travail visées sont notamment celles liées aux périodes de congé sabbatique, de congé parental à temps complet, de congé création d'entreprise... car non indemnisées.

4-2 LA RADIATION DES AYANTS DROIT INSCRITS AU CONTRAT

La demande de radiation des ayants droit doit nous être adressée 2 mois avant l'échéance du contrat. Passé ce délai, la radiation ne prend effet qu'à l'échéance suivante.

Il est toutefois possible de demander une radiation en cours d'année en cas de :

- obligation d'un ayant-droit d'adhérer à un contrat collectif,
- départ à l'étranger,
- bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire.

4-2-1 Radiation d'un ayant-droit en cas de décès

Pour radier un ayant-droit (conjoint, enfant) de votre contrat santé suite à un décès, vous devez nous adresser par courrier à **Mutuelle Ociane Matmut – CONFIDENTIEL Salarié – 66 rue de Sotteville 76030 Rouen Cedex 1** ou par mail à ctcollectifsante@matmut.fr une demande de radiation accompagnée de la **copie du certificat de décès**.

À réception, nous vous adressons une nouvelle carte de tiers payant actualisée.

4-2-2 Radiation d'un ayant-droit en cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire

Pour radier un ayant-droit de votre contrat santé suite à une adhésion à un contrat collectif obligatoire, vous devez nous adresser par courrier à **Mutuelle Ociane Matmut – CONFIDENTIEL Salarié – 66, rue de Sotteville 76030 Rouen Cedex 1** ou par mail à ctcollectifsante@matmut.fr une demande de radiation accompagnée de l'attestation employeur justifiant le caractère obligatoire du contrat.

À réception, nous vous adressons une nouvelle carte de tiers payant actualisée.

4-2-3 Radiation d'un ayant-droit en cas de départ à l'étranger

Pour radier un ayant-droit de votre contrat santé en cas de départ à l'étranger, vous devez nous adresser par courrier ou par mail à ctcollectifsante@matmut.fr une demande de radiation accompagnée des pièces suivantes :

- **attestation** justifiant le départ à l'étranger,

ou

- **déclaration sur l'honneur.**

À réception, nous vous adressons une nouvelle carte de tiers payant actualisée.

4-2-4 Radiation d'un ayant-droit en cas de bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire

Pour radier un ayant-droit de votre contrat santé en cas de bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire, vous devez nous adresser par courrier ou par mail à ctcollectifsante@matmut.fr, une demande de radiation accompagnée de l'attestation d'adhésion à la C2S ou C2SP.

À réception, nous vous adressons une nouvelle carte de tiers payant actualisée.

ARTICLE 5

Le paiement des cotisations

La cotisation du salarié sera intégralement appelée par la mutuelle à l'employeur (y compris la part prise en charge par le salarié).

Le non-paiement des cotisations entraîne la mise en œuvre de la procédure prévue par l'article L.221-8 du Code de la Mutualité qui stipule que :

«1. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle ou l'union l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'affiliation ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent 1. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle ou de l'union, ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement».

Section 3 - LA MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

ARTICLE 6

Les données de santé

6-1 LA COLLECTE DES DONNÉES DE SANTÉ

La mutuelle s'engage à prendre toutes dispositions pour préserver la confidentialité des informations transmises.

La mise en œuvre de la gestion des droits aux prestations du contrat santé justifie la collecte des données de santé afin de s'assurer de la réalité et du montant des frais de santé engagés.

À ce titre et dans le cadre de cette finalité, l'adhérent ainsi que les bénéficiaires des soins autorisent la collecte des données de santé les concernant.

L'adhérent ainsi que le conjoint acceptent également, en qualité de titulaire de l'autorité parentale, que des données de santé concernant leur(s) enfant(s) mineur(s) soient collectées.

Enfin, l'adhérent et le conjoint acceptent, le cas échéant, en qualité de tuteur, que des données de santé concernant la personne placée sous tutelle, bénéficiaire des soins, soient collectées.

6-2 LES ÉCHANGES INFORMATISÉS AVEC L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

L'adhérent et les bénéficiaires des soins sont référencés dans les fichiers de l'Assurance Maladie Obligatoire et bénéficient des traitements d'échanges informatisés entre leur caisse d'Assurance Maladie Obligatoire et nous dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes.

Ces échanges les dispensent de nous adresser les décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire. Ils ne les dispensent pas en revanche de nous adresser les factures d'honoraires ou toutes factures de leurs dépenses de santé, acquittées, nécessaires pour les besoins du traitement par nos soins de ces dossiers.

L'adhérent et les bénéficiaires des soins ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre leur caisse d'Assurance Maladie Obligatoire et nous, en exprimant leur refus au moyen d'une simple lettre adressée à notre attention.

Nous nous engageons à communiquer à leur caisse d'Assurance Maladie Obligatoire leur décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

Dans ce cas, ils devront nous adresser les décomptes de remboursements effectués par leur Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire.

Ce système est opérationnel dans toute la France avec les CPAM (régime général) et la plupart des caisses des autres régimes obligatoires d'Assurance maladie (MSA, Mutualité Fonction Publique).

Les garanties proposées ont pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé exposés par le membre participant et ses ayants droit, en complément des prestations en nature de l'Assurance Maladie (sauf dispositions figurant aux descriptifs des garanties) et sous les réserves exposées au point «Risques exclus» à l'article 12 Section 3.

ARTICLE 7

Les garanties du contrat

La plupart des garanties sont exprimées remboursement Assurance Maladie inclus.

Sont pris en charge par la mutuelle, les frais de soins effectués pendant la période de garantie dans les limites et plafonds fixés au tableau de garantie.

Forfaits et plafonds des prestations

Les montants des forfaits annuels ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1er janvier de chaque année sauf pour :

- le forfait optique à partir de 16 ans lequel se renouvelle tous les 2 ans à compter de la date d'achat du dernier équipement sauf en cas d'évolution de la vue,
- le forfait audio, lequel se renouvelle par oreille tous les quatre ans à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les plafonds et forfaits annuels ou biennaux non consommés ne se reportent pas d'une période sur l'autre.

Les prestations sont, dans tous les cas, limitées, pour chaque acte, aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de l'Assurance Maladie et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

ARTICLE 8

Le libre choix

La mutuelle respecte le libre choix :

- du chirurgien, du praticien, de l'omnipraticien, du spécialiste parmi ceux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins;
- du pharmacien, de l'opticien, du laboratoire, et de tout autre professionnel de santé agréé par l'Assurance Maladie;
- de l'établissement de soins, public ou privé, parmi ceux agréés par l'Assurance Maladie.

La mutuelle informe les membres participants des réseaux de soins auxquels elle adhère et des avantages qui en résultent.

ARTICLE 9

Les modalités de calcul des prestations

Les remboursements sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Obligatoire ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

La mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte, en fonction des garanties souscrites, en prenant pour référence la Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou les forfaits.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs peuvent être cumulées dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnité en s'adressant successivement aux organismes concernés.

En cas de modification des actes figurant aux nomenclatures des actes professionnels (Nomenclature Générale des Actes Professionnels [NGAP], Classification Commune des Actes Médicaux [CCAM], Liste des Produits et Prestations [LPP], Nomenclature des Actes de Biologie Médicale [NABM], Groupes Homogènes de Séjours [GHS]) ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance Maladie du bénéficiaire entre la date des soins et celle de la demande de remboursement, le niveau de notre intervention correspond à celui qui était applicable à la date des soins.

ARTICLE 10

Les bases et limites des remboursements

La prise en charge des prestations s'effectue sous réserve que les droits soient ouverts à la date des soins.

La mutuelle établit ses remboursements sur la base des tarifs de responsabilité des régimes obligatoires, déduction faite des prestations de ces régimes.

La mutuelle peut par ailleurs établir ses remboursements sur des bases forfaitaires telles que décrites dans le tableau de garantie annexé.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

L'adhérent qui recevrait, de qui que ce soit, un quelconque remboursement pour les frais pris en charge et payés par la mutuelle au titre de la même intervention, est tenu d'en faire la déclaration dans les 8 jours du reçu de cette somme, et de reverser à la mutuelle les frais dont elle aurait pu faire indûment l'avance.

Les limites appliquées aux remboursements

- **Audio** : les forfaits s'entendent par oreille. La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant la date d'acquisition de l'appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.
- **Chambre particulière** : la mutuelle ne peut être tenue pour responsable si l'adhérent cotisant pour la garantie chambre particulière ne peut bénéficier de cette prestation par manque de place dans l'établissement choisi. Les suppléments en hospitalisation ambulatoire sont pris en charge sous réserve que la garantie souscrite le prévoit et dans le cas d'hospitalisation donnant lieu à facturation d'un Acte de Chirurgie (ADC) ou d'un Acte Technique Médical (ATM) accompagné d'un acte d'Anesthésie (ADA).
- **Optique** : les forfaits s'entendent dans la limite d'un équipement tous les 24 mois à partir de la date d'achat du dernier, sauf pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.
- **Non-respect du parcours de soins coordonnés** : conformément à la législation en vigueur réglementant les contrats responsables, la mutuelle ne prend pas en charge notamment : les participations forfaitaires ni les franchises annuelles, les majorations laissées à la charge de l'assuré social par son régime obligatoire en l'absence de désignation d'un médecin traitant ou lors de consultations réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.
- **Soins à l'étranger** : les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger peuvent faire l'objet d'un remboursement complémentaire à celui de l'Assurance Maladie Obligatoire française, dans les limites du contrat souscrit et sur présentation d'une facture acquittée détaillant les soins reçus.

ARTICLE 11

La couverture des accidents

11-1 LA DÉCLARATION DES ACCIDENTS

L'adhérent doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, adresser à la mutuelle, dans les cinq jours suivant l'accident, une déclaration indiquant :

- **les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit;**
- **le nom des témoins;**
- **les noms et adresses du tiers responsable et de la compagnie d'assurances qui garantit la responsabilité de ce tiers;**
- **l'indication précise du Commissariat ou de la Brigade de Gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.**

En conséquence, dans les cas d'accidents où la mutuelle, en vertu d'une convention de tiers payant serait amenée à régler pour le compte de son adhérent, tout ou partie des frais, ce règlement fait à titre d'avance, constituerait au profit de la mutuelle, une créance sur ledit adhérent qui sera tenu de la lui rembourser.

En cas d'accident, l'adhérent doit informer la mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile, et de ses intentions. La mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

L'adhérent doit également informer la mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant décisif et n'étant opposable à la mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord. La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement des formalités habituelles à accomplir en cas d'intervention chirurgicale ordinaire.

11-2 L'INTERVENTION DE LA MUTUELLE

Pour les interventions consécutives à un accident non exclu à l'article 12 la garantie de la mutuelle intervient en complément et après épuisement de toute autre garantie souscrite auprès de tout autre organisme.

En cas d'accident dont la responsabilité peut être imputée à un tiers, la mutuelle intervient dans la mesure où l'adhérent a fourni à la mutuelle une déclaration établie conformément aux indications de l'alinéa « déclaration des accidents ».

L'adhérent doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre du tiers, ou de l'assureur substitué, une action en vue de faire connaître son droit à réparation.

En application des dispositions de l'article 14 concernant la subrogation la mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable.

Accidents scolaires ou sportifs

Si l'accident scolaire ou sportif est couvert :

a) par l'adhésion à une mutuelle spécialisée soumise au Code de la Mutualité, la mutuelle n'intervient que pour la part qui lui incombe,

b) par un contrat souscrit auprès d'une société d'assurances privée régie par le Code des Assurances, la mutuelle intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, en complément et après épuisement de la garantie de cette société.

ARTICLE 12

Les risques exclus

Il est expressément précisé qu'aucun des actes médicaux ni aucun des soins entrant dans le périmètre de tout contrat responsable ne saurait faire l'objet de la moindre exclusion, quelles que soient les causes ou les circonstances qui les auraient rendus nécessaires.

Sous cette seule réserve, sont exclus de la garantie de la mutuelle :

- les soins, actes médicaux ou hospitalisations réalisés avant la date d'effet de l'adhésion ou de la modification de garantie et pour les hospitalisations, la partie du séjour effectuée avant cette même date,
- la prise en charge des traitements orthodontiques dont la date de début des soins figurant sur la facture du praticien n'est pas comprise dans la période d'effet des garanties,
- les séjours en maison de santé médicale pour personnes âgées, les séjours dans les établissements spécialisés à caractère médical et/ou sanitaire et social avec ou sans hébergement notamment ceux figurant à l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, aérium, préventorium, sanatorium,
- les transports liés aux cures thermales non pris en charge par l'Assurance Maladie,
- les frais liés à des cures thermales ne donnant pas lieu à un forfait de surveillance médicale pris en charge par l'Assurance Maladie,
- les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement, ainsi qu'aux traitements « esthétiques » sauf si l'intervention envisagée est consécutive à un accident qui aurait entraîné la garantie de la mutuelle (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction),
- les soins, actes médicaux ou hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits suivants :
 - guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes tels que tremblements de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté de l'adhérent;
 - actes commis volontairement par l'adhérent : participation effective à une émeute ou un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense;
 - explosion d'un engin ou partie d'engin atomique;
 - radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs;
 - accidents résultant de la participation de l'adhérent à des paris et de la pratique, à titre professionnel, de tout sport.

D'autre part, des exclusions peuvent être spécifiques à certaines garanties. Dans ce cas, elles sont décrites dans les tableaux de garanties figurant en annexe.

ARTICLE 13

Le contrôle médical des prestations

La mutuelle se réserve le droit de faire procéder, à tout moment, aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. L'adhérent ne peut se soustraire à ces visites, contrôles et enquêtes sous peine de suspension immédiate du service des prestations.

En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, le médecin conseil de la mutuelle ou tout autre médecin désigné par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur sa désignation, ce troisième médecin serait désigné, à la demande de la mutuelle, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins. Dans tous les cas de figure, ses honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme infondés.

ARTICLE 14

Subrogation, prescription, forclusion

14-1 LA SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

14-2 LA PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L. 221-11, L. 221-12, L. 221-12-1 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue :

- par l'une des causes ordinaires, notamment :
 - la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil),
 - une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil),
 - un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil),
- ainsi que dans les cas suivants :
 - la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
 - l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par... à vous-même en ce qui concerne le paiement des cotisations ou, par vous-même à... en ce qui concerne le règlement des indemnités.

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription biennale, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

14-3 LA FORCLUSION

Les demandes de paiement des prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de deux ans maximum, à compter de la date de remboursement du régime d'obligation, ou du fait générateur motivant la demande pour les autres prestations non liées à l'intervention d'un autre régime.

Section 4 - QUELQUES INFORMATIONS PRATIQUES

ARTICLE

15

Les modalités de remboursement

15-1 LE TIERS PAYANT

Le tiers payant est le service qui dispense l'assuré de faire l'avance de frais chez les professionnels de santé (dans la limite de la garantie souscrite).

La carte de tiers payant vous permet de ne pas faire l'avance de vos frais de santé auprès de la plupart des professionnels de santé, dans la France entière : hôpitaux et cliniques, pharmacies, laboratoires d'analyses, cabinets de radiologie, opticiens, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, ambulances.

L'ouverture des droits

Pour bénéficier de ce service, la mutuelle délivre à ses adhérents une carte permettant l'ouverture des droits à prestations.

Votre carte de tiers payant est le témoin de votre adhésion. Elle comporte votre nom et prénom ainsi que le numéro d'adhérent. Elle est valable pour l'ensemble des personnes protégées (ayants droit) dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

Elle est remise au membre participant, **en deux exemplaires**, au moment de l'adhésion, par la mutuelle gestionnaire, puis est renouvelée avant la fin de la période de couverture.

L'adhérent ne peut en faire usage que s'il est à jour de ses cotisations; dans le cas d'une utilisation non conforme, il s'engage à acquitter auprès de la mutuelle la dette dont il serait alors redevable. En cas de radiation en cours d'année, l'adhérent est tenu de détruire les documents qui lui ont été délivrés.

Pour utiliser le tiers payant

Pour profiter de ce service, le bénéficiaire des soins présente au professionnel de santé **sa carte adhérent** de tiers payant en même temps que sa carte Vitale® (ou l'attestation de droit).

Vous ne réglez au professionnel de santé que la part non prise en charge par le régime obligatoire ou la mutuelle.

Le tiers payant n'est possible que dans le cadre du « parcours de soins » et sous réserve de conventions et de l'accord du professionnel de santé.

15-2 SI VOUS AVEZ FAIT L'AVANCE DES FRAIS

En l'absence de procédure de tiers payant, les demandes de remboursement sont traitées de la façon suivante :

- soit par prise en compte directe par télétransmission du décompte de l'Assurance Maladie pour ceux qui bénéficient du système d'automatisation des échanges d'informations avec les régimes obligatoires (système NOEMIE),
- soit par transmission du décompte de sa caisse d'Assurance Maladie par mail à ctcollectifsante@matmut.fr ou par courrier à l'adresse suivante :

Mutuelle Ociane Matmut

CONFIDENTIEL Salarié

66, rue de Sotteville

76030 Rouen Cedex 1

- et le cas échéant, par transmission de toute pièce justificative dans le cas de demande de versement de prestations forfaitaires (prime d'inscription à la naissance, frais d'accompagnant, etc.).

Les prestations sont versées par virement bancaire.

15-3 LES ÉCHANGES INFORMATISÉS NOEMIE

Dès mise en place des échanges NOEMIE, votre décompte Assurance Maladie (ou équivalent) porte la mention **« NOUS**

AVONS ÉGALEMENT TRANSMIS CES INFORMATIONS À VOTRE ORGANISME COMPLÉMENTAIRE MUTUELLE OCIANE MATMUT ».

Si cette mention ne figure pas sur votre décompte, cela signifie que les échanges ne fonctionnent pas comme prévu. Pour être remboursé, il convient alors de nous adresser soit par mail à ctcollectifsante@matmut.fr ou par courrier :

- le décompte de l'Assurance Maladie,
- éventuellement la facture des soins et la prise en charge du régime obligatoire.

Pour activer les échanges NOEMIE, vous êtes invité à contacter la mutuelle, en vous munissant de votre attestation de droits de l'Assurance Maladie, afin de vérifier les informations vous concernant.

L'envoi de photocopies ou de documents dématérialisés est admis mais l'adhérent doit être en mesure de produire les justificatifs originaux sur simple demande de la mutuelle pendant le délai de deux ans mentionné à l'article I4-2 Prescription.

Les prestations sont versées par virement bancaire.

15.4 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT SELON LES PRESTATIONS PRÉVUES PAR VOTRE GARANTIE

15.4-1 Hospitalisation

Lorsque vous êtes hospitalisé(e), la mutuelle se charge de régler à votre place* tous les frais de santé, dans la limite de votre garantie.

Pour cela, il vous suffit de présenter à la clinique ou à l'hôpital :

- votre **carte de tiers payant**,
- votre **carte Vitale ®**.

L'établissement hospitalier effectue alors lui-même toutes les démarches auprès de la mutuelle et de l'Assurance Maladie.

Si, par exception, vous avez réglé les frais à la clinique ou à l'hôpital, pour obtenir les remboursements dans les meilleurs délais, adressez à la mutuelle :

- la facture **acquittée**,
- le **décompte** de l'Assurance Maladie.

Cas particuliers

- Les **frais accompagnant** vous sont remboursés sur présentation des justificatifs des dépenses réglées aux établissements de soins ou aux structures d'accueil mises à la disposition des familles d'hospitalisés.
- La **prime d'inscription naissance ou adoption** est versée à l'adhérent, dans la limite de sa garantie, sous réserve que l'enfant né ou adopté soit désigné comme bénéficiaire au titre du contrat à sa date de naissance ou de son adoption dans un délai de 3 mois suivant cet événement. Il n'est versé qu'une seule prime par enfant.

* Dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés et selon accord du professionnel de santé, sous réserve que votre garantie couvre la prestation décrite

15.4-2 Consultation chez le médecin

- Si le médecin est équipé du lecteur de carte Vitale ®, vous n'avez aucune démarche à effectuer, les informations sont transmises directement par votre médecin à votre caisse d'Assurance Maladie.
- Si le médecin n'est pas équipé du lecteur de carte Vitale ®, il établit une feuille de soins, que vous devez adresser à votre caisse d'Assurance Maladie.

Dans les deux cas, votre caisse d'Assurance Maladie transmet** (système NOEMIE) à la mutuelle les informations nécessaires pour qu'elle effectue le remboursement rapidement.

15.4-3 Pharmacie, analyses médicales, cabinets de radiologie

- Avec le tiers payant*, c'est la mutuelle qui règle à votre place, dans la limite de votre garantie, vos dépenses en pharmacie (médicaments remboursables sur prescription médicale) dans les laboratoires d'analyses et les cabinets de radiologie conventionnés. Si le prix de vos soins dépasse le montant pris en charge par la Mutuelle et l'Assurance Maladie, vous devrez alors régler le supplément. Vos démarches s'arrêtent là.
- Si vous avez fait l'avance des frais et que le praticien est équipé du lecteur de carte Vitale ®, vous n'avez aucune démarche à effectuer : les informations sont transmises directement par le praticien à la caisse d'Assurance Maladie. Si le praticien n'est pas équipé du lecteur de carte Vitale ®, il établit une feuille de soins que vous devez envoyer avec la prescription du médecin, à l'Assurance Maladie qui vous rembourse.
- Si vous bénéficiez du système NOEMIE, vos démarches s'arrêtent là. La mutuelle vous demande éventuellement la facture du praticien si votre garantie prévoit un remboursement complémentaire. Sinon, adressez-nous le décompte de l'Assurance Maladie accompagné de l'original de la facture acquittée nominative et détaillée par acte.

15.4-4 Prothèses dentaires, auditives, orthopédie

- Si vous bénéficiez du tiers payant*, c'est la mutuelle qui règle à votre place, dans la limite de votre garantie, vos dépenses en prothèses dentaires, auditives et orthopédie. Si le prix de vos soins dépasse le montant pris en charge par la mutuelle et l'Assurance Maladie, vous devrez alors régler le supplément. Vos démarches s'arrêtent là.
 - Si vous avez fait l'avance des frais et que le praticien est équipé du lecteur de carte Vitale ®, vous n'avez aucune démarche à effectuer : les informations sont transmises directement par le praticien à la caisse d'Assurance Maladie. Si le praticien n'est pas équipé du lecteur de carte Vitale ®, il établit une feuille de soins que vous devez envoyer, avec la prescription du médecin, à l'Assurance Maladie qui vous rembourse.
 - Si vous bénéficiez du système NOEMIE, vos démarches s'arrêtent là.
- Sinon, adressez-nous le décompte de l'Assurance Maladie accompagné de la facture acquittée nominative et détaillée par acte.

* Dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés et selon accord du professionnel de santé, sous réserve que votre garantie couvre la prestation décrite.

** Si votre régime obligatoire le permet. Sinon, transmettez-nous dès réception votre décompte pour être remboursé au plus vite.

15.4-5 Optique

CFDT	SN2A-CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM	FP	ML	JV	

- Si vous bénéficiez du tiers payant*, c'est la mutuelle qui règle à votre place, dans la limite de votre garantie, vos dépenses en optique (Verres, montures et lentilles). Si le prix de vos soins dépasse le montant pris en charge par la mutuelle et l'Assurance Maladie, vous devrez alors régler le supplément. Vos démarches s'arrêtent là.
- Si vous avez fait l'avance des frais, vous devez envoyer les feuilles de soins et la prescription du médecin à l'Assurance Maladie qui vous rembourse.
- Si vous bénéficiez du système NOEMIE, vos démarches s'arrêtent là. La mutuelle vous demande éventuellement la facture de l'opticien, si votre garantie prévoit un remboursement complémentaire.

Sinon, adressez-nous le décompte de votre caisse accompagné de la facture acquittée nominative et détaillée par acte.

15.4-6 Prestations complémentaires

PRESTATIONS ASSURÉES	CE QUE VOUS DEVEZ NOUS ADRESSER
Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Le décompte de l'Assurance Maladie accompagné de la facture nominative acquittée du praticien.
Équipement Basse Vision (hors monture) correction supérieure ou égale à +/- 6 dioptries dans les limites du contrat responsable	
Suivi psychologique en cas d'affection de longue durée	La facture nominative acquittée du praticien. Un document attestant que le suivi est effectué dans le cas d'une affection longue durée.

* Dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés et selon accord du professionnel de santé, sous réserve que votre garantie couvre la prestation décrite.

15.4-7 Prévention et médecines douces

PRESTATIONS ASSURÉES	CE QUE VOUS DEVEZ NOUS ADRESSER
Forfait vaccin antigrippe (forfait de 20 €/an sur facture pharmaceutique nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2022).	La facture pharmaceutique nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2022.
Homéopathie - Phytothérapie	La facture nominative acquittée.
Sport sur ordonnance	La prescription médicale accompagnée de la facture acquittée d'un professionnel de sport agréé APA (Activité Physique Adaptée) ou certifié par une fédération sportive pour les adhérents en Affection Longue Durée.
Forfait solidaire de soutien psychologique soit 240 € (4 séances à 60 € sur présentation de la facture acquittée et nominative du professionnel).	Chez un psychologue diplômé et sur présentation d'une facture nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2022.
Forfait Podologie	L'original de la facture nominative acquittée du praticien diplômé de podologie.
Forfait Contraception non remboursée par les régimes obligatoires	L'original de la facture acquittée.
Forfait Sevrage tabagique : patchs et autres traitements anti-tabac pris en charge par les Régimes Obligatoires	L'original de la facture nominative acquittée du pharmacien pour l'achat des gommes à mâcher, patchs, produits pharmaceutiques.
Forfait Médecines douces : consultations d'acupuncture, auriculothérapie, hypnose, podologie, naturopathie, sophrologie, microkinésithérapie, réflexologie plantaire, étio-pathie	L'original de la facture nominative acquittée du praticien.
Forfait Ostéopathie & Chiropraxie	L'original de la facture nominative acquittée du praticien diplômé d'ostéopathie (DO) ou de chiropraxie (DC).
Forfait Diététicien & Psychologue	L'original de la facture nominative acquittée du praticien diplômé de psychologie ou de diététique.
Examen densité osseuse	L'original de la facture nominative acquittée du praticien diplômé.
FORFAIT SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT	
Consultation ergothérapeute	L'original de la facture nominative acquittée du praticien diplômé d'ergothérapie.
Consultation psychomotricien	L'original de la facture nominative acquittée du praticien diplômé de psychomotricité.
Homéopathie pharmacie prescrite non remboursée	L'original de la facture nominative acquittée du pharmacien.
Vaccins prescrits non remboursés	L'original de la facture nominative acquittée du pharmacien.
Bilans allergiques : tests cutanés	Un justificatif nominatif signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.

Dépistage des troubles de l'apprentissage et du comportement : vue, audition, dyslexie, dyscalculie, troubles alimentaires ou relationnels.	Un justificatif nominatif signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.
Dépistage des troubles du développement chez les enfants de moins de 3 ans : dépistage visuel et auditif	Un justificatif nominatif signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.

Toute demande de remboursement des consultations Prévention et Médecines douces est conditionnée à l'enregistrement du praticien auprès de l'ARS (Agence Régionale de Santé) du département d'exercice ou dans le répertoire ADEL.

15.4-8 Assistance

Le service Assistance est inclus dans votre contrat obligatoire. Il vous apporte tout un ensemble de services d'assistance :

- en cas d'enfant malade ou d'arrêt de travail de sa nourrice, on vous propose une solution adaptée,
- à l'étranger, en cas d'accident ou d'hospitalisation imprévue, on peut prendre en charge vos frais médicaux...

15.5 COMMENT SUIVRE VOS REMBOURSEMENTS ?

Vous pouvez suivre les remboursements de la façon qui vous convient le mieux !

15.5-1 Par internet avec information par SMS ou e-mail

Pour vous permettre un suivi de vos remboursements plus simple, plus rapide et plus écologique (suppression des envois papier), la **Mutuelle Ociane Matmut** vous fait bénéficier gratuitement de son service d'informations par e-mail ou par SMS dès qu'un relevé de prestations est archivé dans votre Espace Personnel ou à chaque nouveau remboursement sur votre compte.

Si vous ne disposez pas encore de ce service, abonnez-vous via votre **Espace Personnel sur matmut.fr**.

15.5-2 Par les relevés de prestations

Les relevés de prestations sont émis par période de 28 jours. Ces décomptes présentent toutes les prestations, y compris celles directement versées au professionnel de santé pour votre compte (pharmacie, hospitalisation...). Les remboursements détaillent la part régime obligatoire, la part mutuelle, et comportent de précieux renseignements.

15.5-3 Par téléphone

Directement vers le service Contrat collectif UES Matmut au 02 32 08 78 73 du lundi au vendredi de 9h30 à 12h et de 14h à 16h.

ARTICLE

16

Le dispositif réglementaire

16-1 LE CONTRAT RESPONSABLE

Le dispositif du contrat responsable, instauré par la réforme d'août 2004, est destiné à inciter les mutuelles à orienter le patient vers le parcours de soins.

Selon les dispositions découlant de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application, votre contrat bénéficie du tiers payant et remplit les critères du contrat « Responsable ».

À ce titre :

il ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L.161-36-2 du Code de la Sécurité sociale (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel),
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit au minimum 8 €, valeur depuis avril 2006),
- la participation forfaitaire de 1€ (valeur depuis le 1er janvier 2005), et la franchise annuelle mentionnée au paragraphe III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, dite « franchises médicales »,

il prend en charge au minimum :

- 100 % de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale pour les consultations, actes techniques, pharmacie à service médical rendu important, prothèses dentaires et orthodontie,
- le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée,
- une paire de lunettes tous les 2 ans (1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) avec différenciation de prise en charge suivant la dioptrie.

Les aides auditives

Le contrat responsable distingue deux classes d'aides auditives :

- équipements de Classe I (« 100 % Santé ») prise en charge à hauteur de 100 % des frais réels,
- équipements de Classe II (« à tarifs libres ») prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du plafond prévu.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

La LFSS pour 2019 (art 51) et le décret 2019-21 du 11 janvier 2019 déterminent de nouvelles règles attachées au dispositif des contrats responsables et solidaires.

Le niveau de garanties du panier de soins « 100 % Santé » permet la prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie Obligatoire et la complémentaire santé des soins dentaires prophylactiques, des frais d'optique et d'audiologie.

Ce dispositif s'applique à votre contrat et prévoit :

Le remboursement des équipements optiques

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- les équipements optiques de classe A (« Reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP, la prestation d'appairage pour des

verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre sont sans reste à charge pour l'assuré après l'intervention combinée de l'Assurance Maladie Obligatoire et du contrat de complémentaire santé responsable. Ces équipements sont remboursés à hauteur des frais réels engagés dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % Santé » ;

- les équipements optiques de classe B (« à tarifs libres ») sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur est effectuée dans le respect des planchers et plafonds prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de garanties. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A »,
- soit un panachage de l'équipement entre les verres et monture des « classes A et B ».

Le tableau des garanties mentionnant un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), la prise en charge s'effectue donc dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie est égale à 0) sont exclus, hors condition d'appairage.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire.

Cette période de 2 ans (24 mois) s'apprécie à compter de la date d'acquisition du premier équipement. Elle peut donc être différente entre le membre participant et chacun de ses ayants droit.

Le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an :

- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans,
- et quel que soit l'âge du bénéficiaire, en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, un renouvellement tous les 6 mois est possible en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente,
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application des textes réglementaires (nature des produits délivrés et date de cette délivrance).

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme assureur.

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur le « contrat responsable ».

- Les verres dits « simples » ou « à simple foyer » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries,
- les verres dits « complexes » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs,
- les verres dits « hyper complexes » correspondent à un équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe
- ou d'un verre simple et d'un verre hypercomplexe
- ou d'un verre complexe et d'un verre hypercomplexe.

Les remboursements dentaires

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement, un devis.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis par le contrat responsable :

- panier 100 % Santé (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux chirurgiens-dentistes ;
- panier aux tarifs maîtrisés/modérés remboursé au minimum à hauteur du ticket modérateur et sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans les tableaux de prestations ;
- panier aux tarifs libres remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur dans la limite des garanties prévues dans les tableaux de prestations.

Le remboursement des aides auditives

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- les équipements auditifs de « classe I » sans reste à charge tels que définis dans la LPP : sont remboursés au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % Santé ;
- les équipements auditifs de « classe II » sont remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur et si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement tel que précisé par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ou par l'assureur. Le délai court

indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

16-2 LE PARCOURS DE SOINS

La réforme de l'Assurance Maladie (loi n°2004-810 du 13 août 2004 et ses textes d'application) a instauré le principe d'un « parcours de soins » dont le non-respect par le patient entraîne des pénalités.

La réforme a pour ambition de faire évoluer le système autour d'une volonté partagée : "soigner mieux en dépensant moins"; l'objectif final étant de résorber le déficit de l'Assurance Maladie.

Un des axes majeurs de cette réforme est la mise en place d'un parcours de soins coordonnés via le médecin traitant, version moderne du médecin de famille.

Les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO)

Le contrat est conforme à la législation en vigueur pour les praticiens exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie et ayant choisi l'un des deux dispositifs conventionnels : l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

Le respect du parcours de soins

Tout patient de 16 ans et plus doit consulter d'abord son médecin traitant (qu'il a librement choisi et déclaré comme tel à sa caisse d'Assurance Maladie).

Votre médecin traitant a un rôle central et vous oriente, si nécessaire, vers un médecin correspondant pour un avis ponctuel ou pour un suivi régulier.

Pour autant qu'un médecin traitant ait été préalablement déclaré, des exceptions précises à ce schéma sont prévues : urgences, vacances et consultations de certains spécialistes en direct (dentistes, pédiatres, ophtalmologues, gynécologues).

Les patients de 16 à 25 ans peuvent également consulter directement les neuropsychiatres et les psychiatres.

Le remboursement de l'Assurance Maladie est inchangé et l'assurance complémentaire intervient en complément, selon la garantie choisie.

Le non-respect du parcours de soins

Des pénalités financières sur les remboursements des consultations et d'actes médicaux sont appliquées par le régime obligatoire d'Assurance Maladie et ne sont pas prises en charge par les organismes complémentaires. Ainsi hors parcours de soins coordonnés :

- le taux de remboursement de l'Assurance Maladie est minoré pour les consultations et les actes techniques, et la mutuelle ne doit pas rembourser la différence,
- les médecins spécialistes peuvent pratiquer des dépassements même s'ils sont en secteur I. Hors parcours, une franchise de 8 € (valeur depuis avril 2006) reste à votre charge sur les dépassements d'honoraires quelle que soit votre garantie (à défaut, le contrat serait "non responsable" selon la loi et renchérit de la taxe sur les conventions d'assurance correspondante).

Les conseils de votre mutuelle

Pour être mieux soigné et mieux remboursé, respectez le parcours de soins !

En effet, votre mutuelle approuve l'ensemble du dispositif garant du meilleur soin et vous conseille vivement de respecter le parcours de soins ainsi préconisé :

- désignez votre médecin traitant si ce n'est déjà fait : profitez d'une prochaine visite pour compléter avec lui le formulaire, que vous déposerez ensuite à votre caisse d'Assurance Maladie (le formulaire est disponible sur simple demande à votre caisse d'Assurance Maladie ou sur ameli.fr),
- consultez votre médecin traitant avant de voir un spécialiste : vous serez mieux soigné et mieux remboursé,
- renseignez-vous sur le secteur d'activité de vos médecins habituels : privilégiez le secteur I pour de meilleurs remboursements. Les médecins de ce secteur pratiquent strictement les tarifs Sécurité sociale et ne peuvent pas facturer de dépassements d'honoraires,
- demandez à votre médecin s'il a bien indiqué que votre consultation s'inscrit dans le cadre du parcours de soins,
- vérifiez sur votre relevé de prestations de l'Assurance Maladie que les soins sont correctement qualifiés.

ARTICLE 17

Le Fonds d'Entraide Mutualiste

Si vous êtes confronté à un événement aux conséquences importantes telles que maladie, accident, blessures ou décès, la mutuelle peut vous allouer des prestations exceptionnelles autres que celles prévues par votre contrat. De même, la mutuelle peut prendre en charge tout ou partie des cotisations dues par les adhérents en difficulté.

Les secours ainsi attribués, destinés aux adhérents en difficulté, sont prélevés sur les fonds disponibles dans une limite fixée chaque année par l'Assemblée Générale, et attribués sur décision du Fonds d'Entraide Mutualiste mise en place par le Conseil d'Administration.

Les demandes de secours exceptionnels doivent être formulées par écrit auprès du pôle contrat collectif UES **Matmut** qui transmettra celles-ci en toute confidentialité aux personnes en charge de leur instruction.

ARTICLE 18

Le traitement des réclamations

Le présent article a pour objet de vous informer sur les modalités d'examen des réclamations conformément à la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, et sur la Médiation conformément au Titre 1^{er} du Livre VI du Code de la Consommation (parties législative et réglementaire).

DÉFINITION

Constitue une réclamation, l'expression de votre mécontentement ou de votre insatisfaction à notre égard. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information ou de clarification ou une demande d'avis n'est pas considérée comme une réclamation.

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

A - Recours hiérarchique et Service « Réclamations »

I - Recours hiérarchique

En cas de désaccord entre vous et nous, à l'occasion de la gestion du présent contrat ou du remboursement d'une prestation, vous devez tout d'abord vous adresser au pôle contrat collectif Groupe **Matmut** afin que toutes les explications éventuellement

nécessaires vous soient apportées.

Si vous maintenez votre contestation malgré ces explications, votre réclamation est soumise à la hiérarchie du décisionnaire, qui examine le bien-fondé de votre requête.

2 - Service « Réclamations »

Si le recours hiérarchique ne permet pas de mettre un terme à notre différend, vous avez la possibilité de saisir le Service « Réclamations » de notre Groupe, 66 rue de Sotteville, 76030 Rouen Cedex 1.

3 - Délais de réponse

À chaque stade de la procédure décrite ci-avant, un courrier vous est adressé dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de votre réclamation. Il vous fait part de la position retenue ou, si votre demande nécessite une instruction complémentaire, vous avise du délai dans lequel notre décision vous sera communiquée.

Sauf circonstances particulières, nous nous engageons à vous répondre au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la réception de votre réclamation.

B - Médiation : modalités de saisine

Si votre désaccord persiste après la réponse du Service « Réclamations », vous pouvez saisir directement le Médiateur de l'Assurance en lui écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

ou en accédant à son site internet mediation-assurance.org (sur lequel vous pouvez obtenir toutes les informations relatives au dispositif mis en place par la Profession).

Le Médiateur de l'Assurance ne peut toutefois être saisi que pour les litiges portant sur l'application ou l'interprétation du contrat sous-crit. Sont notamment exclus les litiges relatifs à notre politique Commerciale, aux refus d'assurance ou à l'opportunité d'une résiliation.

Votre demande doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de la réception de la réponse du Service « Réclamations » et ne faire l'objet à ce stade d'aucune action contentieuse.

Elle doit également comporter toutes les informations nécessaires à son traitement (notamment copie des courriers échangés dans le cadre du traitement de votre réclamation).

Les informations recueillies font l'objet de traitements informatiques par la mutuelle et ses partenaires dans le respect de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 entré en application le 25 mai 2018.

Lorsque cela est nécessaire, il vous est indiqué, au moment de leur collecte, si ces informations sont obligatoires ou facultatives.

Ces traitements ont pour finalités :

- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'adhésion à la mutuelle,
- la gestion des adhérents et la prospection commerciale,
- l'amélioration du service à l'adhérent en proposant des produits ou services permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire,
- les études statistiques, enquêtes et sondages,
- la mise en place d'actions de prévention,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur,
- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude,
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme,
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées.

L'ensemble des traitements listés ci-dessus ont pour fondement légitime :

- l'exécution d'un contrat d'adhésion auquel vous êtes partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande,
- le respect d'une obligation légale à laquelle la mutuelle est soumise,
- l'intérêt légitime poursuivi par la mutuelle, notamment la prospection commerciale ou la lutte contre la fraude,
- la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments définis ci-dessus, un consentement au traitement vous sera demandé.

Dans le cadre de la gestion des prestations, la mutuelle est amenée à traiter des données dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. Vous consentez explicitement à ce que la mutuelle traite ces données personnelles pour cette finalité précise.

Les destinataires de ces données sont :

- les personnels chargés de la passation, de la gestion et de l'exécution des contrats d'adhésion,
- les partenaires,
- les prestataires,
- les sous-traitants et s'il y a lieu les délégués de gestion et les intermédiaires en assurance,
- les entités du groupe d'assurance auquel appartient la mutuelle dans le cadre de l'exercice de leurs missions,
- s'il y a lieu, les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties,
- les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité,
- l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA), les autres organismes d'assurance,
- les organismes sociaux,
- les personnes intéressées au contrat.

Vos données ne sont transférées en dehors de l'Union Européenne que lorsque c'est nécessaire à

ARTICLE 19

La protection des données personnelles

L'exécution de votre contrat.

Vos données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription.

Vous disposez sur vos données des droits :

- d'accès,
- de rectification,
- d'opposition,
- d'effacement,
- de limitation,
- de définition de directives relatives à leur conservation, à leur effacement et à leur communication après votre décès.

Vous disposez également d'un droit à la portabilité sur les données que vous nous avez communiquées, données nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Pour en savoir plus, vous pouvez vous rendre sur votre Espace Personnel du site matmut.fr.

Vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à des fins de prospection commerciale, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

Lorsque votre consentement a été recueilli pour le traitement de certaines données, vous pouvez le retirer à tout moment.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits auprès du Groupe **Matmut** :

- par internet : dpd@matmut.fr
- par courrier :

Matmut

À l'attention du Délégué à la Protection des Données
66 rue de Sotteville, 76100 Rouen.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

CNIL - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Enfin, vous avez la faculté de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Néanmoins, nous pouvons toujours vous téléphoner, dès lors que vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur ou que vous avez demandé à être contacté.

ARTICLE

20

**La communication
d'informations
ou de documents
d'informations
sur support
durable**

Conformément à l'article L 221-6-5 du Code de la Mutualité, vous pouvez vous opposer, dès l'entrée en relation ou à tout moment, à l'utilisation du support durable que nous utilisons pour vous communiquer des informations ou documents en vue de revenir à l'utilisation du support papier.

ARTICLE

21

**La garantie
Protection
Juridique Santé**

Afin de vous aider au mieux en cas de litiges, une garantie Protection Juridique Santé est incluse dans votre contrat.

Elle est notamment composée de 4 volets :

- recours médical : litiges ou différends en cas d'accident médical,
- mesures de protection des personnes majeures : litiges relatifs à la mesure de protection prise ou envisagée,
- consommation santé : litiges ou différends liés à l'état de santé ou à un handicap portant sur les équipements médicaux, sur des travaux d'aménagement du domicile ou du véhicule...
- protection sociale santé : litiges ou différends liés à l'état de santé ou à un handicap vous opposant à un organisme d'Assurance Maladie, ou autres organismes...

Une notice d'information est disponible sous l'Espace Personnel. Ces prestations sont réalisées par **Matmut Protection Juridique**, Société du Groupe **Matmut SA** au capital de 7 500 000 € entièrement libéré, 423 499 391 RCS Rouen. Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège Social : 66 rue de Sotteville 76100 Rouen.

ARTICLE

22

**Vos services
internet
exclusifs : toute
votre mutuelle
en ligne sur
matmut.fr**

Ma mutuelle Santé sur matmut.fr

Les salariés bénéficiant du contrat Santé ont accès à un espace privé sécurisé : l'Espace Personnel du site **Matmut** est mis à leur disposition. Ce service exclusif leur permet d'effectuer de multiples opérations.

Pour une première connexion, rendez-vous sur notre site matmut.fr muni de votre identifiant (numéro de sociétaire) et laissez-vous guider.

Les services santé offerts par votre Espace Personnel sur matmut.fr :

- **suivre vos derniers remboursements** et vous abonner au service d'information par e-mail ou SMS à chaque fois qu'un remboursement intervient sur votre compte,

- **consulter vos relevés de prestations en ligne** (archivage pendant 2 ans) et vous abonner au service d'information par e-mail ou SMS dès qu'un relevé de prestations est archivé dans votre Espace Personnel,
- visualiser le détail de vos garanties santé,
- **consulter votre notice d'information** ainsi que l'ensemble des **documents statutaires**,
- visualiser tous vos documents « **Mutuelle Ociane Matmut** » archivés,
- simuler un remboursement en optique et dentaire,
- consulter la liste des services de tiers payant,
- **consulter et modifier vos coordonnées** (bancaires, INSEE),
- **envoyer vos pièces justificatives**, que ce soit pour le contrat (attestations, certificats, mandat SEPA...) ou pour une demande de remboursement (devis, factures acquittées, relevés de remboursements...),
- demander l'édition d'une nouvelle carte de tiers payant.

Vos services Santé en ligne

- **Kalixia Optique, Kalixia Audio et e-optistya**, géolocalisation d'un réseau partenaire.
- **Salvum**, une formation en ligne qui permet d'apprendre les **gestes de premiers secours**.
- **Goodmed** : assistant numérique pour les traitements médicamenteux.
- **Medaviz**, assistant de téléconsultation pour joindre immédiatement un médecin par téléphone 7 j/7, 24 h/24.
- Le **metacoaching e-santé**, fondé sur les thérapies comportementales et cognitives et traitant les thématiques du surpoids et de la sédentarité, de l'insomnie et du stress, de la reprise du sport.
- Le service **deuxiemeavis.fr** permet d'obtenir un deuxième avis médical auprès d'un médecin expert en cas de maladie grave (cancer, problèmes cardio-vasculaires, neurochirurgie...) en moins de 7 jours.

Salvum - Formation en ligne de secourisme. Décision d'Agrément N° PSC1 - 1711 A90 du 22 novembre 2017 - Ministère de l'Intérieur - SAS au capital social de 451 520 € - 801 777 541 RCS Meaux. Siège social : 1 avenue Christian Doppler - 77700 Serris.

Medaviz : service mis en œuvre par SAS Podalire au capital social de 83 800 € - 807 414 024 RCS Paris. Siège social : 10 rue de Penthièvre - 75008 Paris. Le service doit faire l'objet d'une utilisation raisonnable.

KALIXIA Audio et KALIXIA Optique : Société par Actions Simplifiée au capital social de 5 877 200 €. Siège social : 122 rue de Javel - 75015 Paris immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 509 626 552.

Coaching santé délivré par **MetaCoaching** : SAS au capital social de 383 299 € - 513 782 003 RCS Paris. Siège social : 65 rue Saint Charles - 75015 Paris.

deuxiemeavis.fr est éditée par la société CARIANS, Société par Actions Simplifiée au capital social de 109 230 € - 803 657 717 RCS Paris. Siège social : c/o Paris Santé Cochin - 29 rue du Faubourg Saint-Jacques - 75014 Paris.

Goodmed application proposée par Synapse Medicine : Société par Actions Simplifiée (SAS) au capital de 27 466,24 €, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le n° SIREN 827 466 590. Siège social : 3 rue Lafayette 33000 Bordeaux.



CFDT	SN2A- CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
<i>CC</i>	<i>FLM</i>		<i>FP</i>	<i>ML</i>	<i>JV</i>

Annexes

ANNEXE I - VOS GARANTIES ASSISTANCE MATMUT Page 27

LEXIQUE PROPRE AUX GARANTIES D'ASSISTANCE Page 33

ANNEXE II - VOTRE GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ..... Page 34

VOS CONTACTS MUTUELLE OCIANE MATMUT Page 38

CFDT	SN2A-CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM	FP	ML	JV	

VOS GARANTIES ASSISTANCE MATMUT

Numéro d'appel Assistance Matmut : **0 800 30 20 30** (appel et service gratuits).

Assureur

La **Matmut**, société d'assurance mutuelle à cotisations variables régie par le Code des Assurances dont le Siège est situé 66 rue de Sotteville 76100 Rouen.

Gestionnaire des garanties d'Assistance

Inter Mutuelles Assistance GIE, groupement d'intérêt économique au capital de 3 750 000 euros dont le Siège est situé 118 avenue de Paris 79000 Niort, immatriculé au Registre du Commerce de Niort sous le numéro 433 240 991, ci-après dénommé «**Assistance Matmut**».

Ce document est délivré en complément des dispositions des Statuts régissant la **Mutuelle Ociane**.

I DÉFINITIONS

Accident

Toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré, non intentionnelle de sa part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Bénéficiaire des garanties d'Assistance

Celui au bénéfice duquel les garanties du contrat peuvent être mises en jeu. Il s'agit du souscripteur et de ses ayants droit désignés au bulletin d'adhésion.

Chirurgie ambulatoire

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

Domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire du souscripteur du contrat, situé en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), à savoir Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Guyane et Mayotte.

Intervention chirurgicale

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

Immobilisation

Incapacité à réaliser soit même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie

Altération soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale de la vie quotidienne.

Proche

Ascendants ou descendants au premier ou deuxième degré de l'assuré ou de son conjoint, frères et sœurs, beaux-frères et belles-sœurs, neveux et nièces de l'assuré ou de son conjoint.

Souscripteur

Adhérent ou bénéficiaire d'une complémentaire Santé souscrite auprès de la **Mutuelle Ociane** en cours de validité.

2 DOMAINE D'APPLICATION

Objet

L'Assistance Santé **Matmut** a pour objet de donner rapidement aux bénéficiaires confrontés à de multiples difficultés du fait d'un accident, d'une maladie, d'une maternité, d'une chirurgie ambulatoire, d'un handicap entraînant le plus souvent une immobilisation à domicile ou une hospitalisation pour une durée précisée ci-après, les moyens de surmonter ces difficultés et de réorganiser leur vie quotidienne. La garantie trouve à s'appliquer en l'absence de proche susceptible d'assurer les prestations.

Territorialité

Les garanties d'Assistance s'appliquent en France métropolitaine et dans les DROM.

Lorsque la mise en jeu des garanties d'Assistance du contrat nécessite le déplacement de personnes, les modalités de prise en charge sont les suivantes :

- bénéficiaire résidant en métropole : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain en train 1^{re} classe ou avion de ligne classe économique,
- bénéficiaire résidant dans un DROM : prise en charge limitée au sein du seul département de résidence en taxi, bateau ou avion de ligne classe économique.

Les garanties d'Assistance sont accordées pendant la période de validité de la Complémentaire Santé.

3 DURÉE DES GARANTIES

Résiliation

Les garanties d'Assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat de complémentaire santé souscrit auprès de la **Mutuelle Ociane** pour tout événement survenu ultérieurement.

CFDT	SN2A-CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM	FP	ML	JV	

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par **Assistance Matmut** sauf cas de résiliation du contrat santé pour défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, conformément à la loi.

4 CONDITIONS D'INTERVENTION

Assistance Matmut **répond aux appels des bénéficiaires 24 h/24 et 7 j/7 même les jours fériés.**

Assistance Matmut **peut être jointe par téléphone au numéro vert 0 800 30 20 30 (appel et service gratuits).**

Pour les personnes sourdes ou malentendantes **par SMS au 06 77 90 04 37.**

Les garanties d'Assistance ne peuvent **aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.**

L'application des garanties est appréciée par **Assistance Matmut** pour ce qui concerne leur durée et le montant de leur prise en charge en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés au bénéficiaire et à son entourage.

Les garanties d'Assistance sont mises en œuvre par **Assistance Matmut** ou avec son accord préalable. **Assistance Matmut** ne participe pas après coup aux dépenses engagées par le bénéficiaire de sa propre initiative.

Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, **Assistance Matmut** pourra apprécier leur prise en charge sur justificatifs.

• Pièces justificatives

Assistance Matmut se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation...).

PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription figurent à l'article 24 du Règlement Mutualiste régissant les contrats individuels Santé de la **Mutuelle Ociane Matmut**.

5 LIMITES À L'APPLICATION DES GARANTIES

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire, Assistance Matmut réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Force majeure

Assistance Matmut ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs et empêchements climatiques.

6 GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ

Ces garanties sont mises en jeu en cas d'accident, de maladie, de maternité ou de handicap.

EN CAS D'HOSPITALISATION ET/OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE

Présence d'un proche au chevet d'un bénéficiaire

En cas d'hospitalisation pour une durée supérieure à 2 jours (soit 2 nuits minimum) ou en cas d'immobilisation au domicile pour une durée supérieure à 5 jours suite à un accident ou à une maladie, **Assistance Matmut** organise et prend en charge :

- le déplacement aller-retour d'un proche désigné par le bénéficiaire, à compter du premier jour,
- son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 100 €.

Prise en charge des enfants

La garantie est accordée pour l'enfant bénéficiaire de moins de 16 ans et sans limite d'âge s'il est handicapé.

En cas d'hospitalisation pour une durée supérieure à 2 jours (soit 2 nuits minimum) du souscripteur ou de son conjoint ou de leur immobilisation au domicile de plus de 5 jours (soit 5 nuits minimum) suite à une maladie ou à un accident ne leur permettant pas de s'occuper de l'enfant, **Assistance Matmut** organise et prend en charge dès le 1^{er} jour de l'événement l'une des garanties suivantes :

- le déplacement aller et retour d'un proche désigné par le souscripteur du contrat ou son conjoint, susceptible de s'occuper de l'enfant au domicile,
- le déplacement aller et retour de l'enfant, ainsi que celui d'un adulte l'accompagnant, au domicile d'un proche désigné par le souscripteur du contrat ou son conjoint. En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, **Assistance Matmut** organise et prend en charge l'accompagnement de l'enfant par l'un de ses prestataires conventionnés,
- lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, **Assistance Matmut** organise et prend en charge la conduite à l'école ou en centre spécialisé et le retour de l'enfant au domicile par l'un de ses prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées par semaine, réparties sur une période d'un mois.

Dans l'hypothèse où aucune de ces solutions ne saurait convenir, **Assistance Matmut** organise et prend en charge :

- la garde de l'enfant à domicile par un intervenant qualifié, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement. Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller et retour de l'enfant à l'école ou en centre spécialisé,
- s'il y a lieu, le transfert et la garde de l'enfant chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date de l'événement.

Aide à domicile

Lorsque l'état de santé et/ou la situation de famille le justifie, **Assistance Matmut** peut faire bénéficier des services d'une aide à domicile pour faciliter le retour à la normale de la vie du foyer : **Assistance Matmut** prend en charge le coût de cette garantie, à raison de 2 heures par jour, dans la limite de 12 heures, réparties sur une période maximale de 15 jours selon la situation :

- soit au cours des deux premières semaines d'hospitalisation, en aidant la famille à faire face aux obligations domestiques qui incombent habituellement à l'adhérent ;
- soit au cours des deux semaines qui suivent le retour au domicile, en soulageant l'adhérent des tâches ménagères pendant sa convalescence qui ne peuvent pas être assumées.

L'aide à domicile pourra ainsi assurer, les jours ouvrés, tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les courses quotidiennes (le prix des courses effectuées par l'aide-ménagère reste à la charge du bénéficiaire), préparer les repas...

EN CAS D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT AU DOMICILE**Assistance à l'enfant bénéficiaire malade ou blessé immobilisé à domicile**

La garantie est accordée pour l'enfant de moins de 16 ans et sans limite d'âge s'il est handicapé.

En cas de maladie ou d'accident entraînant une immobilisation de l'enfant de plus de 2 jours au domicile, afin de ne pas pénaliser le souscripteur ou son conjoint lorsqu'ils travaillent tous les deux, **Assistance Matmut** organise et prend en charge dès le 1^{er} jour de l'événement :

- le déplacement (aller-retour) d'un proche désigné par le bénéficiaire au chevet de l'enfant,
- dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait à s'appliquer, la garde de l'enfant dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de la maladie,
- lorsqu'aucun des proches ne peut se rendre disponible, **Assistance Matmut** organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour au domicile de l'enfant disposant d'une autorisation médicale, à raison d'un aller-retour par jour pendant une période pouvant couvrir 1 mois. Cette garantie s'applique pour l'enfant scolarisé dans les classes primaires et secondaires.

École à domicile de l'enfant bénéficiaire

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, un enfant bénéficiaire est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 15 jours, **Assistance Matmut** organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers donnés au domicile de l'enfant, du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour, dans les matières principales (mathématiques, français, Sciences de la Vie et de la Terre, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie).

EN CAS D'HOSPITALISATION DU SOUSCRIPTEUR, DE SON CONJOINT OU D'UN ENFANT**Assistance aux frères et sœurs de l'enfant bénéficiaire**

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans pour une durée supérieure à 1 journée (soit 1 nuit minimum) et si personne ne peut assurer la garde des autres enfants de moins de 16 ans du souscripteur ou de son conjoint, **Assistance Matmut** organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants pendant l'hospitalisation, dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la date de l'événement,
- soit la mise à disposition d'une aide ménagère pendant la durée d'hospitalisation, ou dès le retour de l'enfant bénéficiaire à son domicile à raison de 2 heures par jour, dans la limite de 12 heures, réparties sur une période maximale de 15 jours selon la situation.

Aide au retour à domicile

Pour le retour au domicile du souscripteur ou de son conjoint après une hospitalisation de plus de 2 jours (soit 2 nuits minimum) consécutive à une maladie ou à un accident, **Assistance Matmut** organise et prend en charge :

- la préparation du domicile en prévention du retour sous réserve de la remise des clefs et/ou du code d'accès de l'habitation à l'intervenant missionné par **Assistance Matmut**. L'intervenant ainsi missionné, effectuée dans la limite de 8 heures le ménage, les courses et la mise en température du chauffage du domicile. Le coût des courses reste à la charge du souscripteur. Les clefs doivent être remises à l'intervenant par un proche au domicile du bénéficiaire. À défaut, **Assistance Matmut** organise et prend en charge, dans la limite d'un rayon de 50 km autour du domicile du bénéficiaire, un aller-retour en taxi pour récupérer les clefs à l'hôpital et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. En fin de mission, l'intervenant restitue les clefs au souscripteur,
- si les clefs ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie du bénéficiaire et sous réserve qu'il ait été missionné 48 heures avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplit sa mission le jour du retour au domicile.

Portage des repas

Lorsque, à la suite d'une hospitalisation de plus de 2 jours (soit 2 nuits minimum) consécutive à une maladie, à un accident ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 15 jours consécutive à une maladie, le bénéficiaire n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par son entourage, **Assistance Matmut** organise et prend en charge le portage de repas dans la limite de 10 jours ou, lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, **Assistance Matmut** organise et prend en charge la livraison de courses par taxi, dans la limite de 2 livraisons. Le coût des courses et des repas reste à la charge du souscripteur.

EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

En cas de chirurgie ambulatoire entraînant une immobilisation au domicile du souscripteur, de son conjoint ou d'un enfant d'au moins 2 jours (par extension, les garanties sont accordées pour les interventions chirurgicales comprenant une nuit entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours). **Assistance Matmut** organise et prend en charge dès le 1^{er} jour de l'événement l'une des garanties suivantes :

- le déplacement aller et retour d'un proche désigné par le souscripteur du contrat ou son conjoint, susceptible de s'occuper des enfants au domicile dans la limite d'un billet aller-retour (train 1^{re} classe ou avion classe économique),
- le déplacement aller et retour des enfants, ainsi que celui d'un adulte l'accompagnant, au domicile d'un proche désigné par le

- souscripteur du contrat ou son conjoint (un billet de train 1^{re} classe ou avion classe économique et accompagnant),
- lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, la garde de l'enfant à domicile par un intervenant qualifié, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois.

Assistance aux frères sœurs de l'enfant bénéficiaire

En cas de chirurgie ambulatoire entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours d'un enfant de moins de 16 ans et si personne ne peut assurer la garde des autres enfants de moins de 16 ans du souscripteur ou de son conjoint, **Assistance Matmut** organise et prend en charge :

- soit le déplacement d'un proche (aller- retour) pour venir garder les autres enfants pendant l'hospitalisation,
- soit la venue au domicile d'un intervenant spécialisé pour s'occuper des enfants dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours à compter de l'événement.

Présence d'un proche au chevet d'un bénéficiaire

En cas d'immobilisation au domicile du souscripteur ou de son conjoint, pour une durée d'au moins 2 jours suite à une chirurgie ambulatoire, **Assistance Matmut** organise et prend en charge :

- le déplacement (aller-retour) d'un proche valide pour tenir compagnie au bénéficiaire immobilisé à domicile désigné par le bénéficiaire, à compter du premier jour,
- son hébergement en hôtel pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

Livraison de médicaments

Assistance Matmut organise et prend en charge soit le transport (aller-retour) jusqu'à la pharmacie la plus proche, soit le portage des médicaments par un prestataire agréé dans la limite d'une livraison sur 30 jours (médicaments à la charge de l'adhérent).

Portage de repas

Lorsque le bénéficiaire n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par son entourage, **Assistance Matmut** peut organiser et prendre en charge le portage de repas comprenant un pack de 5 à 7 repas à définir lors de la commande, dans la limite d'une livraison sur 30 jours. Le coût des repas reste à la charge du bénéficiaire.

Livraison de courses

Lorsque le bénéficiaire n'est pas en mesure de faire lui-même ses courses ou les faire faire par un membre de son entourage, **Assistance Matmut** peut organiser et prendre en charge un transport (aller-retour) vers le centre commercial le plus proche ou une livraison de courses par semaine, sur 30 jours. Le coût des courses reste à la charge du bénéficiaire.

Portage d'espèces

Assistance Matmut organise et prend en charge soit le transport (aller-retour) jusqu'à la banque la plus proche, soit le portage des espèces par un prestataire agréé dans la limite d'un transport (aller-retour) jusqu'à la banque du bénéficiaire ou d'un portage sur 30 jours (prestataire : dans la limite de 150 € contre reconnaissance de dette).

Coiffure à domicile

Assistance Matmut organise et prend en charge le déplacement d'un coiffeur à domicile dans la limite d'un déplacement sur 30 jours (coupe à la charge du bénéficiaire).

Transfert convalescence d'un proche

Assistance Matmut organise et prend en charge le transfert non médicalisé aller- retour du bénéficiaire de son domicile vers le domicile d'un proche dans la limite de 200 € pour un aller-retour réalisé dans les 5 jours suivant la sortie d'hospitalisation.

EN CAS D'HOSPITALISATION

Téléassistance

Après une hospitalisation de plus de 2 jours (soit 2 nuits minimum) du souscripteur ou de son conjoint, âgé de plus de 75 ans, **Assistance Matmut** met gracieusement à disposition du souscripteur ou de son conjoint isolé un appareil de téléassistance pendant une durée de 3 mois. Au-delà de cette période, **Assistance Matmut** peut, à la demande du souscripteur ou de son conjoint, prolonger cette mise à disposition à un tarif d'abonnement préférentiel.

ALLÔ INFO BÉBÉ

Lorsque le souscripteur ou son conjoint a un jeune enfant ou attend un enfant, **Assistance Matmut** propose un service destiné à répondre aux questions relatives au bien-être du nouveau-né. Il est à disposition du souscripteur ou de son conjoint autant de fois qu'il le souhaite dans les 30 jours qui précèdent et qui suivent la naissance.

Il est conçu pour écouter, orienter et informer les parents. En aucun cas, il ne peut remplacer le médecin traitant. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence (SAMU : 15).

Ce service conseille les bénéficiaires dans des domaines tels que l'alimentation (allaitement maternel, allaitement artificiel), le sommeil, l'hygiène, l'environnement, les notions simples de prévention (vaccination, visites médicales obligatoires, accidents domestiques...), les notions sociales (informations relatives à la protection maternelle et infantile, les allocations familiales...).

Ce service est disponible par téléphone du lundi au samedi de 10 h à 18 h.

EN CAS DE NAISSANCE MULTIPLE

En cas de naissance multiple, **Assistance Matmut** organise et prend en charge la mise à disposition d'une auxiliaire de puériculture au domicile dans la limite de 3 heures au cours des 5 jours ouvrés qui suivent la sortie de maternité du souscripteur ou de sa conjointe. Cette personne qualifiée apportera son aide pour s'organiser en rappelant notamment les principes essentiels relatifs aux soins des bébés.

Assistance Matmut met également à leur disposition une aide à domicile dans la limite de 12 heures pendant le séjour à la maternité ou dans les 5 jours qui suivent la sortie de la maternité.

EN CAS DE HANDICAP

Accompagnement sur le lieu d'études ou professionnel : pour les bénéficiaires ayant une déficience visuelle, motrice, psychique, mentale ou auditive et en cas d'indisponibilité de l'accompagnant ou pour les bénéficiaires ayant une déficience motrice et en cas de dysfonctionnement du fauteuil roulant motorisé.

Assistance Matmut organise et prend en charge l'accompagnement aller-retour du domicile vers le lieu d'études ou professionnel dans la limite de 10 allers-retours par an et par bénéficiaire. Cette garantie est mise en œuvre par un réseau spécialisé dans le transport de personnes à mobilité réduite. Dans le cas d'un dysfonctionnement du fauteuil motorisé, la prestation aller-retour s'entend sans fourniture d'un fauteuil de remplacement.

Déclaration ou évolution d'un handicap visuel médicalement établi : suite à la déclaration ou à l'évolution d'un handicap visuel touchant l'un des bénéficiaires, **Assistance Matmut** organise et prend en charge une aide à l'acquisition de l'autonomie.

Un professeur de locomotion est ainsi envoyé au domicile du bénéficiaire pour l'aider :

- à appréhender les déplacements au sein du domicile,
- à agencer et à ranger la chambre (tri des vêtements dans les armoires par codes couleurs notamment),
- à appréhender les parcours (activités, école).

La garantie est octroyée dans la limite de 10 heures dans l'année qui suit la déclaration ou l'évolution du handicap visuel.

EN CAS DE HANDICAP PSYCHIQUE OU MENTAL

En cas de crise médicalement établie qui réduit l'autonomie d'un bénéficiaire et entraîne son immobilisation au domicile pour plus de 15 jours, **Assistance Matmut** organise et prend en charge dès le 1^{er} jour, la mise à disposition d'une auxiliaire de vie au domicile dans la limite de 10 heures dans le mois qui suit la crise.

En cas de crise médicalement établie d'un bénéficiaire qui entraîne son immobilisation au domicile pour plus de 2 jours (soit 2 nuits minimum), **Assistance Matmut** organise et prend en charge un « accompagnant chevet » dans la limite de 16 heures réparties sur 30 jours par tranches minimum de 2 heures. Ladite personne a pour mission de lui tenir compagnie et de le rassurer en l'absence de ses proches.

Ces prestations sont acquises dans la limite de 3 fois par an.

ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

Dans les situations d'addiction (alcool, nutrition, drogue), de dépression, de dépistage d'une maladie orpheline, de déclaration de handicap, d'interruption de grossesse, de fécondation in vitro, **Assistance Matmut** organise et prend en charge selon les cas :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques individuels avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en vis-à-vis avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai d'un an à compter de la survenance de l'événement ou du diagnostic.

EN CAS DE PATHOLOGIE LOURDE

La garantie définie ci-après s'applique :

- à la déclaration d'une des pathologies listées ci-après, dès lors que celle-ci entraîne une hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs (soit 5 nuits minimum),
- ou suite à l'aggravation d'une pathologie existante, mentionnée dans la liste ci-dessous, dès lors que celle-ci entraîne une hospitalisation de plus de 10 jours consécutifs (soit 10 nuits minimum),
- ainsi que pour les pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie.

Cette déclaration doit se faire sous pli confidentiel à l'attention de notre service médical, au plus tard dans un délai de deux mois suivant l'hospitalisation.

Liste des pathologies : accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque grave, hémopathie, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie ou hémiplegie ou tétraplégie non traumatique, amputation non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique.

Assistance Matmut organise et prend en charge, pour chaque bénéficiaire, 100 unités de consommation (dont 12 unités maximum consacrées au transport aller-retour à l'école) réparties sur une période maximale de 12 mois à compter de la déclaration de la pathologie, quel que soit le nombre de pathologies déclarées dans la période.

Ces unités peuvent être demandées par le bénéficiaire ou par le souscripteur ou son conjoint dans le cas d'un enfant au fur et à mesure de ses besoins à compter de la déclaration de la pathologie lourde.

Elles correspondent aux prestations :

- aide ménagère,
- livraison de courses ou portage de repas au domicile du bénéficiaire. La livraison de courses ou de repas s'entend hors coût des courses ou du repas,
- garde d'enfant au domicile du bénéficiaire,
- conduite à l'école.

Pour les prestations « garde d'enfant » et « aide ménagère », il est entendu que chaque prestation au domicile s'entend par tranches minimum de 2 heures.

Le nombre d'unités ne peut être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire a été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci ont débuté.

Le nombre d'unités restant est indiqué au bénéficiaire (au souscripteur ou à son conjoint dans le cas d'enfant) lors de chaque appel à l'assistance.

Le décompte des unités de consommation s'effectue en fonction des valeurs unitaires indiquées ci-contre pour chacun des prestations :

ENVELOPPE DE SERVICES	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Aide ménagère	1 heure	1 unité
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 transport aller-retour	4 unités

EN CAS DE FRAIS MÉDICAUX À L'ÉTRANGER

Suite à un accident ou une maladie à caractère imprévisible survenu lors d'un séjour à l'étranger, nous vous remboursons la partie des frais médicaux engagés à l'étranger non prise en charge par la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance.

Le remboursement complémentaire de ces frais peut s'élever jusqu'à 7 650 € TTC par bénéficiaire. Ces frais comprennent les honoraires médicaux, les médicaments prescrits, les soins dentaires (à concurrence de 155 € TTC), les frais chirurgicaux et les frais d'hospitalisation.

Nous pouvons également procéder à l'avance des frais d'hospitalisation à concurrence de 7 650 € TTC par règlement direct au centre de soins.

NB : pour donner lieu à remboursement, toute hospitalisation doit, sauf cas de force majeure, être déclarée dans les 48 heures à **Assistance Matmut**.

Le remboursement des sommes engagées s'effectue sur présentation des pièces justificatives soumises préalablement à la Sécurité sociale et/ou toute autre caisse d'Assurance maladie ou organisme de prévoyance, déduction faite des prestations réglées par ces caisses et des avances que nous vous avons consenties.

Dans tous les cas, une franchise de 30 € TTC est retenue par dossier.

Exclusions relatives au remboursement des frais médicaux engagés à l'étranger

- les frais engagés en France métropolitaine consécutifs à une maladie ou un accident survenu à l'étranger ;
- les frais engagés dans les départements d'Outre-Mer ;
- les frais occasionnés par les convalescences et les affections en cours de traitement non consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les frais occasionnés par les états de grossesse, sauf complications imprévisibles ;
- les frais d'accouchement et leurs suites concernant les nouveau-nés ;
- les frais de prothèse, d'appareillage, de lunettes et de verres de contact.

LEXIQUE PROPRE AUX GARANTIES D'ASSISTANCE

Assureur

Matmut, société d'assurance mutuelle à cotisations variables régie par le Code des Assurances dont le siège est situé 66 rue de Sotteville 76100 Rouen.

Accident

Tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime et constituant la cause des dommages.

Adhérent

Souscripteur auprès de la Mutuelle **Ociane** d'un contrat donnant droit aux garanties d'assistance à domicile.

Bénéficiaires des garanties d'assistance

L'adhérent mais également son conjoint de droit ou de fait, ainsi que leurs enfants fiscalement à leur charge et vivant sous leur toit.

Domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire du bénéficiaire et de ses ayants droit situé en France métropolitaine.

Événement

La date d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile.

Hospitalisation imprévue

Toute hospitalisation est considérée comme imprévue dès lors que la survenance n'était pas connue du bénéficiaire 7 jours avant le déclenchement.

Hospitalisation prévue

Toute hospitalisation est considérée comme prévue dès lors que la survenance était connue du bénéficiaire 7 jours avant le déclenchement.

Maladie

Altération soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale de la vie quotidienne.

TABLEAU DES GARANTIES OCIANE 2022

Offre conforme aux dispositions du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

GARANTIES SANTÉ 2022		UESMATMUT
Population concernée : ensemble du personnel MEM 3		
Les garanties sont exprimées Sécurité sociale inclus (y compris RO).	PART RO	BASE y compris RO
HOSPITALISATION		
Honoraires et actes techniques (y compris la participation forfaitaire pour les actes coûteux) ⁽¹⁾	100 % BR	280 % BR
Radiologie H (y compris la participation forfaitaire pour les actes coûteux) ⁽¹⁾	100 % BR	245 % BR
Frais de séjour Chirurgie, Médecine, Psychiatrie, Rééducation, Convalescence	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière avec nuitée Chirurgie, Médecine, Maternité	-	80 €/jour
Chambre particulière avec nuitée Psychiatrie, Rééducation, Convalescence	-	80 €/jour
Chambre particulière ambulatoire	-	65 €/jour
Frais accompagnant (lit et repas de l'accompagnant)	-	26 €/jour
Forfait journalier hospitalier	-	100 % FR
Transports sanitaires remboursés par la Sécurité sociale	65 % BR	195 % BR
Prime d'inscription naissance ou adoption (par enfant) ⁽⁶⁾	-	10 % PMSS
Matmut Assistance Santé	-	INCLUS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux généralistes ⁽¹⁾	70 % BR	170 % BR
Honoraires médicaux spécialistes ⁽¹⁾	70 % BR	220 % BR
Actes techniques médicaux (y compris la participation forfaitaire pour les actes coûteux) ⁽¹⁾	70 % BR	270 % BR
Radiologie S (y compris la participation forfaitaire pour les actes coûteux) ⁽¹⁾	70 % BR	245 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	150 % BR
Forfait antivirus (tests pharmaceutiques et vaccins coronavirus, vaccin antigrippe) ⁽¹⁰⁾	-	20 €/an
Médicaments à Service Médical Rendu Important	65 % BR	100 % BR
Médicaments à Service Médical Rendu Modéré	30 % BR	100 % BR
Médicaments à Service Médical Rendu Faible	15 % BR	100 % BR
Matériel médical (y compris prothèses capillaires, oculaires, mammaires)	60 % BR	200 % BR (limité à 153 €/acte sur les prothèses oculaires)
Orthopédie et petit appareillage	-	400 % BR + 31€
SERVICES + : Des services de médecine à distance		
Medaviz : téléconsultation 24 h/24, 7 j/7 deuxiemeavis.fr : service d'accès à l'expertise médicale en ligne Goodmed : assistant numérique pour les traitements médicamenteux		INCLUS
OPTIQUE		
Plafond contrat responsable y compris le remboursement du régime obligatoire : 1 équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans sauf en cas de l'évolution de la vue (1 paire/an) et une fois par an pour les enfants de moins de 16 ans. Le coût de la monture ne peut dépasser 100 €. Plafond par équipement : Monture + 2 verres simples : 420 € - Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe : 560 € - Monture + 2 verres complexes : 700 € - Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe : 610 € - Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe : 750 € - Monture + 2 verres très complexes : 800 €		
Équipements "100 % Santé" - Classe A ⁽⁶⁾		
Paire de lunettes (monture + verres simples/complexes/très complexes) jusqu'à 15 ans inclus		REMBOURSEMENT INTÉGRAL
Paire de lunettes (monture + verres simples/complexes/très complexes) 16 ans et plus		REMBOURSEMENT INTÉGRAL

GARANTIES SANTÉ 2022		ENTREPRISE UESMATMUT
Population concernée : ensemble du personnel MEM 3		
Les garanties sont exprimées remboursement Sécurité sociale inclus	PART RO	BASE y compris RO
Équipements à tarifs libres - Classe B ⁽⁷⁾		
Monture - Adulte 16 ans et plus	60 % BR	100 €
Monture - Enfant jusqu'à 15 ans inclus	60 % BR	100 €
Verre simple - Adulte 16 ans et plus	60 % BR	130 €
Verre simple - Enfant jusqu'à 15 ans inclus	60 % BR	160 €
Verre complexe - Adulte 16 ans et plus	60 % BR	300 €
Verre complexe - Enfant jusqu'à 15 ans inclus	60 % BR	300 €
Verre très complexe - Adulte 16 ans et plus	60 % BR	350 €
Verre très complexe - Enfant jusqu'à 15 ans inclus	60 % BR	350 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	60 % BR	100 % BR + 205 €/an
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (hors produit)	-	8 % PMSS/an ou forfait optique disponible sur 2 ans
Chirurgie corrective de l'œil (chirurgie au laser, implant ou lentille intraoculaire)	-	350 €/œil
DENTAIRE remboursé par la Sécurité sociale		
Soins et prothèses "100% santé" ⁽²⁾		REMBOURSEMENT INTÉGRAL
Soins et prothèses à tarifs maîtrisés ⁽³⁾ ou libres		
Soins dentaires	70 % BR	275 % BR
Inlays onlays remboursés par la Sécurité sociale	70 % BR	400 €/dent
Couronne fixe remboursée par la Sécurité sociale sur "hors molaire" ⁽⁴⁾	70 % BR	484 €/dent
Couronne fixe remboursée par la Sécurité sociale sur molaire ⁽⁴⁾	70 % BR	439 €/dent
Inlay-Core	70 % BR	360 €/dent
Autres actes prothétiques (dont prothèses amovibles et bridge) remboursés par la Sécurité sociale	70 % BR	400 % BR
Couronnes transitoires ⁽⁵⁾	70 % BR	100 €/dent
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	350 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	10 % PMSS/an
Prothèse dentaire non remboursée (parodontie-endodontie)	-	550 €/an
Implant dentaire (racine)	-	25 % PMSS/an
AIDES AUDITIVES ⁽⁶⁾		
Équipements "100 % Santé" - Classe I		REMBOURSEMENT INTÉGRAL
Équipement à tarifs libres - Classe II		
Prothèses auditives jusqu'à 20 ans - Classe I (par oreille et tous les 4 ans)	60 % BR	1 700 €/oreille
Prothèses auditives + de 20 ans (par oreille et tous les 4 ans)	60 % BR	1 260 €/oreille
CURES THERMALES		
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	65 % BR	100 % BR
Forfait cure (sous réserve d'une prise en charge de la surveillance médicale par la Sécurité sociale)	-	300 €/an
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES NON REMBOURSÉES		
Examen densité osseuse non remboursé par le régime obligatoire ^(#)	-	45 €/an
Homéopathie - Phytothérapie prescrite non remboursée ^(#)	-	50 €/an
Vaccins non remboursés	-	30 €/an

GARANTIES SANTÉ 2022		ENTREPRISE UESMATMUT
Population concernée : ensemble du personnel MEM 3		
Les garanties sont exprimées remboursement Sécurité sociale inclus	PART RO	BASE y compris RO
Santé et développement de l'enfant ^(*) ⁽⁹⁾ Contraception non remboursée par la Sécurité sociale ^(#) , Sevrage tabagique ^(#) , Médecines douces ^(#) : ostéopathie, chiropraxie, diététique, podologie, psychologie, hypnose, naturopathie, acupuncture, sophrologie, microkinésithérapie, réflexologie plantaire, étioopathie	-	200 €/an
Sport sur ordonnance ⁽¹¹⁾	-	100 €/an
Acte de chirurgie réparatrice remboursé par la Sécurité sociale, Suivi psychologique en cas d'affection longue durée (ALD), Équipement Basse Vision (hors monture) correction supérieure ou égale à +/- 6 dioptries dans les limites du contrat responsable	-	300 €/an
SERVICES + : DES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE BIEN-ÊTRE		
Metacoaching : Programmes de coaching en ligne		INCLUS
SERVICES + : DES SERVICES DE PRÉVENTION		
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité Sociale	70 % BR	100 % BR
SALVUM : Formation aux 1 ^{ers} secours		INCLUS
Protection juridique Santé		
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité Sociale	70 % BR	100 % BR
Des avantages tarifaires optiques et auditifs chez nos opticiens et audioprothésistes partenaires		
KALIXIA Optique E-OPTISTYA KALIXIA Audio		INCLUS

Ces garanties sont conformes à la législation en vigueur sur les contrats responsables.

Sauf spécifications contraires, les forfaits sont versés dans la limite de la dépense sur présentation de la facture nominative acquittée et détaillée par acte.

- (1) Le taux de prise en charge indiqué s'applique aux actes et soins réalisés par les médecins ayant adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM). En cas de dépassements d'honoraires, ce taux est minoré de 20 % pour les médecins non adhérents avec une prise en charge maximale à 200 % BR.
- (2) Prothèses relevant du 100 % Santé sans reste à charge : couronne et bridge métalliques (toutes dents), Couronne Céramique Zircane (dents hors molaires), Couronne céramométallique et céramique - hors zircane - (incisives, canines et 1^{ères} prémolaires), bridge céramométallique (incisives), Couronne mobile à partir du 1^{er} janvier 2021. Leurs prix sont encadrés par des Prix Limites de Vente (PLV).
- (3) Les prix des prothèses à tarifs maîtrisés sont plafonnés aux Prix Limites de Vente fixés réglementairement.
- (4) Sont considérées comme étant « dent hors molaire » : les incisives, les canines et les prémolaires. Sont considérées comme étant « dent molaire » : les premières, deuxième et troisième molaires.
- (5) Prise en charge de la couronne provisoire plafonnée au prix limite de vente fixé réglementairement pour les paniers de soins 100 % santé (Reste à Charge nul) ou à reste à charge modéré.
- (6) Équipement relevant du 100 % Santé (verres et monture de classe A) sans reste à charge : les montures de classe A doivent respecter les normes européennes avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Les verres de classe A doivent répondre à des critères fixés réglementairement : verres traitant l'ensemble des troubles visuels, amincis en fonction du trouble, durcis pour éviter les rayures, traités anti-reflets. Leurs prix sont encadrés par des Prix Limites de Vente (PLV).
- (7) Équipement à tarif libre (verres et monture de classe B) : le professionnel de santé est libre de fixer les prix de ces équipements. Suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction visuelle, appairage de verres d'indice de réfraction différents, supplément pour verres avec filtre), autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres isocroniques) remboursés par la Sécurité sociale : prise en charge dans la limite du Prix Limite de Vente pour la classe A (ou prise en charge à 100 % BR lorsqu'il n'existe pas de PLV) et à 100 % BR dans le cadre des verres de la classe B.
- (8) Aides auditives : entretiens (y compris le changement des piles), réglages, réparation prothèses auditives réalisés par l'audioprothésiste : 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale. Pour les équipements "100 % Santé" - classe I : prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV).
- (9) Santé et développement de l'enfant : pharmacie prescrite non remboursée hors vaccins et forfait antivirus, consultations d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, de psychologue, dépistage des troubles du développement (visuel et auditif pour les moins de 3 ans), de l'apprentissage (vue, audition, dyslexie, dyxcalculée) ou du comportement (troubles alimentaires, relationnels), bilans allergiques (tests cutanés).
- (10) Sur facture pharmaceutique acquittée jusqu'au 31 décembre 2022.
- (11) Forfait sur prescription médicale et facture acquittée d'un professionnel de sport agréé APA (Activité Physique Adaptée) ou certifié par une fédération sportive pour les adhérents en Affection Longue Durée.

FR : frais réels - TM : ticket modérateur - PLV : prix limite de vente - PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours (3 428 € en 2020) - Valeur donnée à titre indicatif - Le PMSS fait l'objet d'une révision annuelle publiée au Journal Officiel (loi relative au financement de la Sécurité sociale).

(*) Prime versée sous réserve que l'enfant né ou adopté soit désigné comme bénéficiaire au contrat dans les 3 mois suivant sa naissance ou son adoption. Il n'est versé qu'une prime par enfant. Le forfait est versé deux fois en cas de naissance multiple.

(#) Remboursement effectué sur présentation de la prescription médicale et de la facture nominative acquittée.

(#) Remboursement effectué sur présentation de la facture nominative acquittée.

Mentions légales

Assistance : prestations réalisées par IMA GIE, groupement d'intérêt économique au capital social de 3 547 170 € - 433 240 991 RCS Niort - Siège social : 118 avenue de Paris 79000 Niort.

Téléconsultation Medaviz : service mis en oeuvre par SAS Podalire au capital social de 83 800 € - 807 414 024 RCS Paris - Siège social : 10 rue de Penthièvre 75008 Paris.

Deuxiemeavis.fr : plateforme web www.deuxiemeavis.fr est éditée par la société CARIANS, SAS au capital social de 109 230 € - 803 657 717 RCS Paris. Siège social : c/o Paris Santé Cochin - 29 rue du Faubourg Saint-Jacques 75014 Paris.

Goodmed application proposée par Synapse Medicine : Société par Actions Simplifiée (SAS) au capital de 27 466, 24 €, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le numéro 827 466 590. Siège social : 3 rue Lafayette 33000 Bordeaux.

Coaching santé délivré par MetaCoaching : SAS au capital social de 383 299 € - 513 782 003 RCS Paris - Siège social : 65 rue Saint-Charles 75015 Paris.

Salvum - Formation en ligne de secourisme. Décision d'Agrément N° PSC1 - 1711 A90du 22 novembre 2017 - Ministère de l'Intérieur - SAS au capital social de 451 520 € -801 777 541 RCS Meaux - Siège social : 1 avenue Christian Doppler 77700 Serris.

KALIXIA Optique et KALIXIA Audio : SAS au capital social de 5 877 200 €, dont le siège social est situé au 122 rue de Javel 75015 Paris immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 509 626 552.

E-optistya : service mis en oeuvre par Egareseaux, SAS unipersonnelle au capital social de 50 000 € - 808 130 140 RCS Paris - Siège social : 33 avenue du Maine, BP 25, 75755 Paris Cedex 15.

CFDT	SN2A-CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM	FP	ML	JV	

VOS CONTACTS MUTUELLE OCIANE MATMUT

UNE QUESTION, UN RENSEIGNEMENT ?

- Votre **Espace Personnel 24 h/24, 7 j/7** sur le site internet **matmut.fr**.
- **Le pôle contrat collectif UES Matmut** vous accueille au **02 32 08 78 73** du lundi au vendredi de 9 h 30 à 12 h et de 14 h à 16 h.
- Par courrier :
Mutuelle Ociane Matmut
CONFIDENTIEL - Salarié
66 rue de Sotteville
76030 Rouen Cedex I
- Par mail : ctcollectifsante@matmut.fr

CFDT	SN2A-CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM	FP	ML	JV	

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité et par les dispositions statutaires fixant les rapports entre la Mutuelle **Ociane** et ses adhérents. Il est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Vos données personnelles sont traitées par la mutuelle **Ociane Matmut** et les autres destinataires intervenant pour les finalités : passation, gestion et exécution des contrats, relation commerciale, lutte anti-fraude, lutte anti-blanchiment. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au : Délégué à la Protection des Données **Matmut** 66 rue de Sotteville - 76100 Rouen. Pour en savoir plus sur l'usage de vos données et vos droits, consultez la rubrique «Protection des données personnelles» du site internet de la **Matmut**, des statuts de la Mutuelle Ociane et la présente notice.

Photo : © LumiNola - Getty Images
MOM.NI.CT.UES - 01/22

CFDT	SN2A-CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM		FP	ML	JV



Mutuelle Ociane Matmut

Mutuelle Ociane
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre
II
du Code de la Mutualité immatriculée sous
le numéro 434 243 085

Siège social : 35 rue Claude Bonnier
33054 Bordeaux Cedex

Matmut - Mutuelle assurance des travailleurs
mutualistes
Société d'assurance mutuelle à cotisations
variables
Entreprise régie par le Code des Assurances
Siège social : 66 rue de Sotteville 76100 Rouen
Adresse postale : 76030 Rouen Cedex 1

CFDT	SN2A- CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	Direction Générale
CC	FLM	FP	ML	JV	

Annexe 2 - Tableau de cotisations

Les parties souhaitent rappeler que le législateur a prévu une répartition de la cotisation partagée entre l'employeur et le salarié à parts égales.

Au terme des négociations, les parties ont arrêté une répartition différente, rappelée ci-dessous.

Tableau de cotisation obligatoire 2022 :

	Tarifs mensuels 2022		
	Part employeur	Part salariale	
		Quote part à charge du CSE	Quote part à la charge du salarié
Salarié	47,90 €	15,95 €	2,00 €

Tableau de cotisation facultative 2022 :

	Tarifs mensuels 2022
Ayant droit	A la charge du salarié
Un enfant	38,67 €
Deux enfants et plus	57,30 €
Conjoint	70,63 €
Conjoint et un enfant	109,31 €
Conjoint et deux enfants ou plus	127,94 €