

CCN Centres d'hébergement et réinsertion sociale

Kit d'adhésion 2024



L'Accord Interbranche du 2 octobre 2019

Champ d'application

Le présent **Accord Interbranche du 2 octobre 2019** s'applique aux salariés et aux entreprises relevant du champ d'application professionnel :

- Des accords collectifs applicables aux **Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)** – **IDCC 0783**.

Les partenaires sociaux ont choisi de co-recommander aux entreprises par le champ d'application ci-dessus la Mutuelle Ociane Matmut pour le régime frais de santé de la branche.

Salariés concernés

Le régime frais de santé conventionnel est obligatoire pour les salariés titulaires d'un contrat de travail quelle que soit sa nature ou d'un contrat d'apprentissage dès le premier jour d'embauche, relevant du champ d'application des conventions collectives nationales.

La garantie mise en place par l'employeur est ouverte au conjoint et enfant(s).

Choix des garanties

La gamme est composée de trois niveaux de garanties :

- BASE
- OPTION 1
- OPTION 2

En fonction du niveau que vous choisirez de mettre en place à titre obligatoire, vos salariés auront la possibilité de rehausser leur garantie et celle de leurs ayants droit s'ils sont inscrits en souscrivant un niveau supérieur et/ou de faire adhérer leurs ayants droit à titre facultatif.

Nos équipes de conseillers sont à votre entière disposition pour vous aider dans vos choix :

Par téléphone : 05 57 81 15 14

Une équipe de conseillers à votre écoute, 5j/7, du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00

Par mail : ociane.entreprise@ocianegroupematmut.fr

Par courrier : 35 rue Claude Bonnier - 33054 BORDEAUX Cedex

Vos garanties 2024	BASE	OPTION 1	OPTION 2
H HOSPITALISATION			
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait patient urgence	100 %	100 %	100 %
Honoraires :			
Signataires DPTM :			
Actes de chirurgie (ADC)	220 % BR	220 % BR	300 % BR
Actes d'anesthésie (ADA)	220 % BR	220 % BR	300 % BR
Actes d'obstétrique (ACO)	220 % BR	220 % BR	300 % BR
Actes techniques médicaux (ATM)	220 % BR	220 % BR	300 % BR
Autres honoraires	220 % BR	220 % BR	300 % BR
Non signataires DPTM :			
Actes de chirurgie (ADC)	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'anesthésie (ADA)	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'obstétrique (ACO)	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux (ATM)	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Autres honoraires	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière par jour : Conventionnée jour/nuite (avec nuité) Conventionnée de jour (sans nuité)	100 % FR limité à 2 % PMSS limité à 1 % du PMSS	100 % FR limité à 2 % PMSS limité à 1 % du PMSS	100 % FR limité à 3 % PMSS limité à 1.5 % du PMSS
Personne accompagnante : Conventionné	100 % FR limité à 1,5% PMSS/jour	100 % FR limité à 1,5% PMSS/jour	100 % FR limité à 3 % PMSS/jour
U SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux : Remboursés Sécurité sociale			
Consultations - visites : Généralistes signataires ou non d'un DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	220 % BR	220 % BR	220 % BR
Consultations - visites : Spécialistes non signataires d'un DPTM	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	170 % BR	170 % BR	170 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires d'un DPTM	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	150 % BR	150 % BR	170 % BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires d'un DPTM	130 % BR	130 % BR	150 % BR
Séances avec des psychologues ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux : Non remboursés Sécurité sociale			
Médecines douces (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue) ⁽²⁾	25 €/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire	25 €/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	25 €/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire
Médicaments Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie (hors médicaments) Remboursée Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Vos garanties 2024	BASE	OPTION 1	OPTION 2
SOINS COURANTS (Suite)			
Analyses et examens de laboratoire Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical Orthopédie et autres prothèses ou appareillages remboursés Sécurité sociale (hors dentaires, auditifs et optiques)	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AIDES AUDITIVES			
Aides auditives remboursées Sécurité sociale, dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment)			
Équipements 100 % Santé ⁽³⁾	100 % FR dans la limite des PLV	100 % FR dans la limite des PLV	100 % FR dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽⁴⁾	20 % PMSS par oreille (au minimum 100 % BR)	20 % PMSS par oreille (au minimum 100 % BR)	1700 €/oreille
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽⁵⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE			
Soins Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins prothétiques et prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :			
Panier 100 % Santé - Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires) ⁽⁶⁾	100 % FR (dans la limite des HLF)	100 % FR (dans la limite des HLF)	100 % FR (dans la limite des HLF)
Panier maîtrisé - Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires) ^{(7) (6) (8) (9) (10)}	250 % BR	325 % BR	450 % BR
Panier libre - Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires) ^{(6) (8) (9) (10)}	125 % BR	325 % BR	450 % BR
Panier 100 % Santé - Dents de fond de bouche	100 % FR (dans la limite des HLF)	100 % FR (dans la limite des HLF)	100 % FR (dans la limite des HLF)
Panier maîtrisé - Dents de fond de bouche ^{(7) (8) (9) (10)}	220 % BR	250 % BR	350 % BR
Panier libre - Dents de fond de bouche ^{(8) (9) (10)}	125 % BR	250 % BR	350 % BR
Panier 100 % Santé - Inlays-core	100 % FR (dans la limite des HLF)	100 % FR (dans la limite des HLF)	100 % FR (dans la limite des HLF)
Panier maîtrisé - Inlays-core ^{(7) (8) (9) (10)}	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Panier libre - Inlays-core ^{(8) (9) (10)}	125 % BR	200 % BR	200 % BR
Panier maîtrisé - Inlays/onlays ⁽⁷⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Panier libre - Inlays/onlays	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	300 % BR	300 % BR	350 % BR
Orthodontie non remboursée Sécurité sociale	250 % BR	250 % BR	250 % BR
Prothèses dentaires non remboursées Sécurité sociale	7 % PMSS/an	7 % PMSS/an	10 % PMSS/an
Implantologie	20 % PMSS/an	22 % PMSS/an	25 % PMSS/an

Vos garanties 2024	BASE	OPTION 1	OPTION 2
OPTIQUE ⁽¹¹⁾			
Équipements (1 monture/2 verres)			
Équipements 100 % Santé -Verres et monture ⁽¹²⁾	100 % FR dans la limite des PLV	100 % FR dans la limite des PLV	100 % FR dans la limite des PLV
Équipements libres -Verres et monture ⁽¹³⁾	Voir Grille BASE	Voir Grille OPTION 1	Voir Grille OPTION 2
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique :			
Prestation d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) ⁽¹²⁾	100 % FR dans la limite des PLV	100 % FR dans la limite des PLV	100 % FR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A ⁽¹²⁾	100 % FR dans la limite des PLV	100 % FR dans la limite des PLV	100 % FR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe B	100 % BR dans la limite des PLV	10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV	10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs médicaux d'optique :			
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3 % PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)	3 % PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)	6,5 % PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)
Chirurgie réfractive	22 % PMSS par année civile, par bénéficiaire	22 % PMSS par année civile, par bénéficiaire	25 % PMSS par année civile, par bénéficiaire
ACTES DE PRÉVENTION			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ACTES DIVERS			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ASSISTANCE			
Assistance Matmut	INCLUS	INCLUS	INCLUS
SERVICES +			
Medaviz : téléconsultation 24 h/24, 7 j/7	INCLUS	INCLUS	INCLUS
deuxiemeavis.fr : service d'accès à l'expertise médicale en ligne	INCLUS	INCLUS	INCLUS
Goodmed : assistant médicaments en ligne	INCLUS	INCLUS	INCLUS
Metacoaching : programme de coaching santé en ligne	INCLUS	INCLUS	INCLUS
Salvum : formation en ligne aux 1 ^{ers} secours	INCLUS	INCLUS	INCLUS
Protection juridique santé	INCLUS	INCLUS	INCLUS

Grille optique 2024

Grilles Optiques (Sécurité sociale incluse)	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
UNIFOCAUX (montant par verre)						
sphère de 0 à -/+2	100 % FR dans la limite des PLV	35 €	100 % FR dans la limite des PLV	75 €	100 % FR dans la limite des PLV	90 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100 % FR dans la limite des PLV	40 €	100 % FR dans la limite des PLV	75 €	100 % FR dans la limite des PLV	90 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8	100 % FR dans la limite des PLV	50 €	100 % FR dans la limite des PLV	90 €	100 % FR dans la limite des PLV	100 €
sphère < -8 ou > +8	100 % FR dans la limite des PLV	100 €	100 % FR dans la limite des PLV	125 €	100 % FR dans la limite des PLV	130 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100 % FR dans la limite des PLV	40 €	100 % FR dans la limite des PLV	85 €	100 % FR dans la limite des PLV	100 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100 % FR dans la limite des PLV	45 €	100 % FR dans la limite des PLV	85 €	100 % FR dans la limite des PLV	100 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8	100 % FR dans la limite des PLV	55 €	100 % FR dans la limite des PLV	95 €	100 % FR dans la limite des PLV	110 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S	100 % FR dans la limite des PLV	105 €	100 % FR dans la limite des PLV	110 €	100 % FR dans la limite des PLV	120 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100 % FR dans la limite des PLV	55 €	100 % FR dans la limite des PLV	135 €	100 % FR dans la limite des PLV	140 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100 % FR dans la limite des PLV	60 €	100 % FR dans la limite des PLV	135 €	100 % FR dans la limite des PLV	140 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25	100 % FR dans la limite des PLV	70 €	100 % FR dans la limite des PLV	140 €	100 % FR dans la limite des PLV	150 €
cylindre > +4 sphère < -8	100 % FR dans la limite des PLV	120 €	100 % FR dans la limite des PLV	150 €	100 % FR dans la limite des PLV	160 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (montant par verre)						
sphère de 0 à -/+2	100 % FR dans la limite des PLV	75 €	100 % FR dans la limite des PLV	160 €	100 % FR dans la limite des PLV	180 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100 % FR dans la limite des PLV	80 €	100 % FR dans la limite des PLV	160 €	100 % FR dans la limite des PLV	180 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8	100 % FR dans la limite des PLV	90 €	100 % FR dans la limite des PLV	175 €	100 % FR dans la limite des PLV	200 €
sphère < -8 ou > +8	100 % FR dans la limite des PLV	130 €	100 % FR dans la limite des PLV	175 €	100 % FR dans la limite des PLV	200 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100 % FR dans la limite des PLV	90 €	100 % FR dans la limite des PLV	180 €	100 % FR dans la limite des PLV	210 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100 % FR dans la limite des PLV	95 €	100 % FR dans la limite des PLV	180 €	100 % FR dans la limite des PLV	210 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8	100 % FR dans la limite des PLV	105 €	100 % FR dans la limite des PLV	190 €	100 % FR dans la limite des PLV	220 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S	100 % FR dans la limite des PLV	145 €	100 % FR dans la limite des PLV	200 €	100 % FR dans la limite des PLV	230 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100 % FR dans la limite des PLV	115 €	100 % FR dans la limite des PLV	180 €	100 % FR dans la limite des PLV	210 €

Grille optique 2024

Grilles Optiques (Sécurité sociale incluse)	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
MONTURES ET AUTRES LPP (Suite)						
cyindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100 % FR dans la limite des PLV	120 €	100 % FR dans la limite des PLV	180 €	100 % FR dans la limite des PLV	210 €
cyindre > +4 sphère de -8 à -4,25	100 % FR dans la limite des PLV	130 €	100 % FR dans la limite des PLV	190 €	100 % FR dans la limite des PLV	220 €
cyindre > +4 sphère < -8	100 % FR dans la limite des PLV	170 €	100 % FR dans la limite des PLV	200 €	100 % FR dans la limite des PLV	230 €
MONTURES ET AUTRES LPP (Suite)						
Verre neutre (montant par verre)	100 % FR dans la limite des PLV	35 €	100 % FR dans la limite des PLV	75 €	100 % FR dans la limite des PLV	90 €
Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coque, Enfant de moins de 6 ans)	100 % FR dans la limite des PLV	100 €	100 % FR dans la limite des PLV	100 €	100 % FR dans la limite des PLV	100 €

BR : Base de Remboursement
SS : Sécurité Sociale
RO : Régime Obligatoire
SMR : Service Médical Rendu

OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

TM : Ticket Modérateur
FR : Frais Réels
DE : Dépense Engagée

Les pourcentages indiqués incluent la part de la Sécurité sociale et s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) pour les actes relevant de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), tarif de convention pour les actes référencés NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels), tarif de responsabilité pour les actes référencés LPP (Liste des Produits et des Prestations). Pour les praticiens non conventionnés, la Base de Remboursement retenue sur la base du Tarif d'Autorité. Les forfaits annuels s'entendent dans le cadre de l'année civile et par bénéficiaire. Les forfaits sont versés sur présentation de l'original de la facture nominative acquittée et détaillée par acte. Il est précisé que le contrat prend en charge le forfait de 24 € pour les actes médicaux lourds d'un montant supérieur ou égal à 120 € et dont le coefficient est supérieur ou égal à 60. Nos remboursements ne peuvent être supérieurs au montant des frais restant à charge effective de l'adhérent.

(1) Ouvert aux personnes de plus de 3 ans (enfants, adolescents et adultes) après consultation d'un médecin. Dans la limite de 8 séances par an avec une première séance qui est un entretien d'évaluation (40 € la séance) ; entre 1 à 7 séances de suivi psychologique (30 € par séance). Ce nombre est adapté aux besoins et déterminé par le psychologue.

(2) Forfait global valable pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale, chez les praticiens diplômés dans leur spécialité et inscrits aux registres officiels de l'Assurance Maladie, sur présentation d'une facture nominative acquittée (pour l'acupuncture, seuls sont pris en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale réalisés chez un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste).

(3) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(4) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'Équipement libre (Classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(5) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(6) Dents du sourire : ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires. Ces dents correspondent aux numéros de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45

(7) Dans la limite des HLF.

(8) BASE : Dans la limite de 900 € (hors Remboursement Sécurité sociale) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125 % BR).

(9) OPTION 1 : Dans la limite de 1 050 € (hors Remboursement Sécurité sociale) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125 % BR).

(10) OPTION 2 : Dans la limite de 1 450 € (hors Remboursement Sécurité sociale) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125 % BR).

(11) Conditions de renouvellement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un Équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un Équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un Équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un Équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un Équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un Équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un Équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'Équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'Équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un Équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux Équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux Équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(12) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'Équipement de Classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % Santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un Équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des Classes (A ou B) différentes.

(13) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un Équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des Classes (A ou B) différentes.

Assureur de la Garantie Santé : Mutuelle Ociane - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. N° Siren 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. Les statuts de la Mutuelle Ociane Matmut sont disponibles sur matmut.fr.

Kalixia Audio et Kalixia Optique - Société par Actions Simplifiée 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.

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

deuxiemeavis.fr - Le service deuxiemeavis.fr est édité par la société Carians. Société par Actions Simplifiée (SAS) au capital social de 109 230 € - inscrite au RCS de Paris sous le n° Siren 803 657 717. Siège social : 1, boulevard Pasteur 75015 Paris.

Goodmed application proposée par Synapse Medicine : Société par Action Simplifiée (SAS) au capital social de 35 304,85 €, inscrite au RCS de Meaux sous le n° SIREN 827 466 590 - Siège social : 3 rue Lafayette, 33000 Bordeaux.

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

Salvum - Formation en ligne de secourisme. SAS au capital de 451 520 €. 801 777 541. RCS Meaux. Siège social : 1, avenue Christian-Doppler 77700 Serris.

La garantie **Assistance Matmut** est assurée par la 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, et réalisée par IMA Groupement d'intérêt économique au capital social de 3 547 170 €, inscrite au RCS de Niort sous le n° SIREN 433 240 991, 118 avenue de Paris - 79000 NIORT.

Matmut Protection Juridique - Prestation réalisée par Matmut Protection Juridique, société du Groupe Matmut - Société Anonyme au capital de 7 500 000 € entièrement libéré n° 423 499 391 RCS Rouen. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 66, rue de Sotteville 76100 Rouen.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	77,28 €	Selon la dépense engagée
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64 €	23 €	16,10 €	29,90 €	18,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	23,00 €	26,90 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	78,00 €	404,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	698 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	117,50 €
Optique					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
Ex : verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	189,97 €	165,94 €
Ex : verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	279,97 €	339,94 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	115,92 € /an	Selon la dépense engagée
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	850,08 € /oeil	Selon la dépense engagée
Aides auditives					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	532,80 €	792,20 €

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

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

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

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

4. Prix limite de vente.

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

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

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

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	77,28 €	Selon la dépense engagée
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64 €	23 €	16,10 €	29,90 €	18,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	29,90 €	20,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	228,00 €	254,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	698 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	117,50 €
Optique					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
Ex : verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	269,97 €	85,94 €
Ex : verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	459,97 €	159,94 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	115,92 € /an	Selon la dépense engagée
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	850,08 € /oeil	Selon la dépense engagée
Aides auditives					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	532,80 €	792,20 €

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

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

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

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

4. Prix limite de vente.

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

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

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

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	115,92 €	Selon la dépense engagée
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64 €	23 €	16,10 €	29,90 €	18,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	29,90 €	20,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	348,00 €	134,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	698 €	193,50 €	193,50 €	483,75 €	20,75 €
Optique					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
Ex : verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	299,97 €	55,94 €
Ex : verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	519,97 €	99,94 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	251,16 €/an	Selon la dépense engagée
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	966 € /oeil	Selon la dépense engagée
Aides auditives					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	1 325,00 €	0,00 €

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

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

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

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

4. Prix limite de vente.

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

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

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

Vos tarifs TTC Ociane 2024

Modules de base

Socle commun à l'ensemble des salariés actifs souscrit par l'employeur

En % PMSS	BASE*	BASE* + OPTION 1	BASE* + OPTION 2
Régime Général			
Salarié <i>Adhésion obligatoire</i>	1.406 %	1.726%	2.076%
Conjoint	1.530%	1.850%	2.200%
Enfant	0.694%	0.854 %	1.024%

En % PMSS	BASE	OPTION 1	OPTION 2
Régime Local Alsace-Moselle			
Salarié <i>Adhésion obligatoire</i>	0.846%	1.166 %	1.516%
Conjoint	0.922%	1.242%	1.592%
Enfant	0.418%	0.578%	0.748%

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

*La cotisation de la BASE conventionnelle bénéficie d'un taux d'appel de 95 % en 2024 déjà appliqué sur ces taux

Niveaux de garanties optionnelles

Souscription individuelle et facultative par les salariés en fonction du niveau de garanties mis en place par l'employeur

En % PMSS	Régime Général et Local Alsace-Moselle	BASE choisie par l'entreprise	NIVEAUX OPTIONNELS	
			OPTION 1	OPTION 2
. Supplément Salarié . Supplément Conjoint . Supplément Enfant		BASE	+ 0.350 %	+ 0.740 %
			+ 0.350 %	+ 0.740 %
			+ 0.180%	+ 0.360 %
. Supplément Salarié . Supplément Conjoint . Supplément Enfant		BASE + OPTION 1		+ 0.390 %
				+ 0.390 %
				+ 0.180 %
. Supplément Salarié . Supplément Conjoint . Supplément Enfant		BASE + OPTION 2		

IMPORTANT

Ces cotisations intègrent la TSA (Taxe Solidarité Additionnelle) de 13.27 % et le coût lié à la portabilité.
Proposition et tarifs valables pour tout engagement avant le 31/12/2024, sauf en cas d'instauration par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toutes natures assises sur les cotisations, ou en cas d'évolutions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Nous suivons les évolutions conventionnelles aussi bien pour les cotisations que les garanties qui sont susceptibles d'évoluer à tout moment.



CCN Centres d'hébergement et réinsertion sociale Contrat collectif régime frais de santé à adhésion obligatoire

Valant conditions particulières Valant avenant aux conditions particulières

Cadre réservé à la mutuelle

GRC :

CC :

CT :

Identification de l'entreprise

Sauf avis contraire de l'Entreprise, le présent contrat s'applique à tous les établissements actuels ou à venir rattachés à l'Etablissement principal désigné ci-après.

N° SIREN : **Raison sociale:**
Effectif : **Forme juridique:**
Code IDCC : 0783 **Code NAF :**
Libellé IDCC : Centres d'hébergement et réinsertion sociale.....

Adresse du siège social

Adresse :
Code postal : **Ville :**
Téléphone : **E-mail :**

Représentant légal de l'entreprise

Mme M **Prénom :** **Nom :**
Date de naissance :
Fonction : **Département de naissance :**
Commune de naissance : **E-mail :**
Téléphone :

Population concernée par l'adhésion

Couverture du salarié

Vous souscrivez un régime frais de santé obligatoire pour :

L'ensemble du personnel Les cadres⁽¹⁾ Les non-cadres⁽²⁾

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.

(1) Cadres et assimilés personnel relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

(2) Personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

Couverture de la famille

L'adhésion est obligatoire pour :

Le salarié seul Le salarié et sa famille (Conjoint et enfant(s))

Modalités de gestion des adhésions

La gestion des adhésions obligatoires est réalisée par l'entreprise directement depuis l'Espace Entreprise matmut.fr. Les salariés assurent ensuite la gestion de leur contrat collectif santé (suivi des remboursements et mise à jour des données personnelles : adresse, caisse de Sécurité sociale, compte bancaire) directement via leur Espace Personnel matmut.fr.

Par défaut, la **gestion des adhésions facultatives est assurée directement par le salarié** auprès du service adhérent de la Mutuelle (souscription ou modification d'option, adhésion ou radiation d'ayants-droit, etc...).

Toutefois, si l'entreprise souhaite assurer elle-même la gestion des adhésions facultatives elle peut le notifier ci-dessous. L'entreprise s'engage à transmettre à la mutuelle toute modification impactant le contrat du salarié et ses ayants-droit le cas échéant :

- Gestion des adhésions facultatives des ayants-droit
 Gestion des adhésions aux options facultatives du salarié et ses ayants-droit (Garanties complémentaires, supérieures au socle obligatoire souscrit par l'employeur).

Date d'effet et durée du contrat

L'adhésion prend effet le/...../.....

L'échéance du présent contrat est fixée au 31 décembre de chaque année. Il se renouvelle par tacite reconduction par période annuelle, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties deux mois au moins avant l'échéance.

Niveau de couverture (voir tableau de garanties en annexe)

Garanties souscrites

Les garanties souscrites remplissent les critères du contrat responsable tels que définis par les textes de loi en vigueur.

Vous avez souscrit la **GARANTIE DE BASE OBLIGATOIRE** :

BASE*	OPTION 1	OPTION 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'affiliation à ce niveau de garanties de base obligatoire ouvre le droit aux salariés de souscrire à une garantie optionnelle facultative de niveau supérieur, le cas échéant.

* Le salarié et ses ayants-droit bénéficient du même niveau de garanties.

Cotisations 2024

Les cotisations de la garantie de base obligatoire intègrent la TSA (Taxe de Solidarité Additionnelle) de **13.27%**. Elles s'entendent hors impacts éventuels d'une évolution des remboursements du Régime Obligatoire, des obligations conventionnelles ou de la réglementation sociale et fiscale.

L'employeur prend en charge au minimum 50 % de la cotisation du salarié :

	SALARIÉ	CONJOINT	ENFANT
Régime général	% PMSS/mois	% PMSS/mois	% PMSS/mois
Régime local Alsace-Moselle	% PMSS/mois	% PMSS/mois	% PMSS/mois

* La cotisation de la BASE conventionnelle bénéficie d'un taux d'appel de 95% en 2024 déjà appliqué sur ces taux.

Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations obligatoires seront prélevées auprès de l'entreprise par :

- Paiement SEPA DSN mensuel à terme échu, le dernier jour du mois.
 Prélèvement SEPA automatique mensuel à terme échu, le 5 du mois.

Les cotisations facultatives (ayants-droit facultatifs, options) sont à la charge exclusive du salarié et sont appelées directement auprès de celui-ci par prélèvement SEPA automatique mensuel d'avance sur son compte bancaire.

Formalités

La présente Demande d'adhésion doit être retournée à la mutuelle OCIANE MATMUT accompagnée des documents suivants :

- Un extrait Kbis datant de moins de 3 mois (pour les sociétés inscrites au Registre du Commerce)
- Une copie des statuts (pour les associations uniquement)
- Un mandat de prélèvement SEPA et un RIB (pour règlement des cotisations par prélèvement sur compte bancaire)

Je soussignée M Mme agissant en qualité de ayant pouvoir d'engager l'entreprise, certifie l'exactitude des renseignements figurant dans ce document, et déclare avoir pris connaissance des Statuts et Conditions générales de la Mutuelle Ociane Matmut*, du descriptif des garanties souscrites, du document d'information sur le produit d'assurance, de la Notice d'Information santé et assistance*.

* Documents mis à votre disposition sous www.matmut.fr/pro/protection-salaries/mutuelle-entreprise-ociane/pme

Fait en double exemplaire à, le / /

Pour la Mutuelle Ociane Matmut
Le Directeur Général
Stéphane HASSELOT

Pour l'entreprise adhérente
Le / La (fonction)
.....

(Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Le signataire de la présente demande d'adhésion doit figurer sur l'extrait Kbis de l'entreprise ou le certificat au répertoire SIREN pour les entreprises individuelles (à défaut fournir une « Délégation de signature »). Pour les Associations, le signataire est le Président ou la personne ayant délégation de signature (pièce à fournir).

L'entreprise adhérente éventuelle est informée que le conseiller qui lui a proposé le produit est rémunéré par un salaire fixe pouvant être complété par une rémunération variable. Concernant cette dernière, les objectifs de vente fixés n'incitent aucunement le conseiller à recommander un produit particulier plutôt qu'un autre.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-10-2 du code de la Mutualité, vous disposez d'un droit de résiliation du contrat, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, toute modification de garantie entraînant le décompte d'un nouveau délai d'un an.

Vos données personnelles sont traitées par Ociane Matmut et les autres destinataires intervenant pour les finalités : passation, gestion et exécution des contrats, relation commerciale, lutte contre la fraude, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, de retrait de votre consentement le cas échéant, de portabilité et de définition du sort de vos données personnelles après votre décès, en vous adressant au Délégué à la Protection des Données du Groupe Matmut, 66 Rue de Sotteville 76 100 Rouen ou par courrier électronique à dpd@matmut.fr.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. 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, du Règlement Mutualiste ou des Conditions Générales/ Notices d'information de nos contrats.

Frais de gestion de la mutuelle :

Le rapport entre le montant des prestations versées et le montant des cotisations perçues s'élève à 88,27 %.

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le rapport entre le montant total des frais de gestion et le montant des cotisations perçues s'élève à 11,29 %.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Produit : CCN des centres d'hébergement et réinsertion sociale

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat collectif. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'entreprise (ou autre personne morale) souscriptrice. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties annexé.

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

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de vos salariés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance maladie obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables, ainsi que le panier de soins minimum de l'ANI.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations médecin, analyses et examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à Service Médical Rendu (SMR) important prise en charge à 65% par l'Assurance maladie obligatoire.
- ✓ Reste à charge zéro sur équipement 100 % santé (aides auditives, optique et dentaire).
- ✓ Aides auditives : équipement à tarif libre.
- ✓ Appareillage remboursé par l'Assurance maladie obligatoire : audioprothèses, prothèses et orthèses.
- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ Transport sanitaire.
- ✓ Optique : équipement à tarif libre, lentilles remboursées par l'Assurance maladie obligatoire.
- ✓ Frais optiques : monture et/ou verres, lentilles.
- ✓ Dentaire : soins et prothèses dentaires, orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

Dépassement d'honoraires.

Pharmacie à SMR modéré et faible (remboursée à 30% ou 15% par l'Assurance maladie obligatoire)

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

Chirurgie correctrice de l'œil.

Implant dentaire, parodontologie et orthodontie refusée

Bonification des garanties optiques et dentaires dans le réseau Kalixia.

Ostéopathie, chiropractie, micro-kinésithérapie.

Sevrage tabagique, diététiciens, contraception.

Participation sur frais d'obsèques.

Cures thermales.

SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Assistance santé et assistance à l'étranger.
- ✓ Réseau de partenaires opticiens, dentistes, audioprothésistes.

SERVICES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

Protection juridique : recours médical, mesures de protection d'un proche, handicap et dépendance.

Assistance obsèques.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Soins reçus en dehors de la période de couverture.
- ✗ Soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).
- ✗ Indemnités versées en complément de l'Assurance maladie obligatoire en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Séjours en établissement de personnes âgées, y compris les établissements d'hébergements pour personnes dépendantes, dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel et dans les services de longs séjours.
- ✗ Forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux.



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

EXCLUSIONS du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Autres exclusions

- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! Optique : limité à un équipement optique par période de deux ans (sauf exception notamment en cas d'évolution de la vue ou pour les moins de 16 ans).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Garantie santé : monde entier. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française et se fait sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Garantie assistance : en France métropolitaine, à Monaco ou dans les départements et régions d'Outre-Mer et dans le monde entier pour l'Assistance à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie.

À l'adhésion

- Fournir à chaque adhérent un bulletin d'adhésion, la notice d'information rédigée par la mutuelle, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.
- S'il s'agit d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le souscripteur doit affilier au contrat la totalité des salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières, sous réserve des cas de dispense admis.

En cours de garantie

- Déclarer à la mutuelle tous les mouvements dans la liste des salariés et ayants droit pour le 20 de chaque mois.
- S'il s'agit d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, affilier les nouveaux salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières et leur fournir un bulletin d'adhésion et la notice d'information.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation), sous peine de suspension des garanties.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations et suivant les modalités définies aux conditions particulières (précompte de la cotisation).

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, la cotisation peut être payée par le souscripteur et/ou par l'adhérent par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal et suivant les modalités définies aux conditions particulières.

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



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat collectif prend effet à la date convenue d'un commun accord et indiquée aux conditions particulières pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. Elle est renouvelée chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'entreprise (ou autre personne morale) ou la mutuelle dans les cas et conditions indiqués dans le contrat collectif.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise (ou la personne morale souscriptrice du contrat) peut résilier le contrat collectif :

- chaque année avant le 31 octobre de l'année (pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année), selon les modalités définies ci-après,
- en cours d'année, après l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la prise d'effet du présent contrat pour une résiliation effective un mois après que la mutuelle en a reçu notification, en notifiant à la mutuelle sa volonté de résilier par l'un des moyens suivants :
 - soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - soit par une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
 - soit par un acte extrajudiciaire ;
 - soit, lorsque la mutuelle propose la souscription par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
 - soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

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

Avec la Mutuelle Ociane Matmut, bénéficiez du **100 % Santé** en optique, dentaire et sur les aides auditives



Bénéficiez du remboursement intégral des soins concernés par le « 100 % Santé ».

Ces soins répondent à des **exigences de qualité** et sont encadrés par la mise en place de **Prix Limites de Vente (PLV)** pour les professionnels de santé qui ont l'obligation de vous proposer des équipements « 100 % Santé ».

Ou choisissez d'autres équipements remboursés selon le niveau de garantie choisi.

En dentaire : des équipements à tarifs maîtrisés (votre reste à charge sera alors modéré car ces équipements sont également encadrés par des Prix Limites de Vente) ou à tarifs libres.

En optique ou pour les aides auditives : des équipements à tarifs libres.



Optique

**Remboursement intégral
Équipement 100 % Santé -
Classe A**

- ✓ Au minimum 17 modèles de montures adultes en 2 coloris différents
- ✓ Au minimum 10 modèles de montures enfants en 2 coloris différents
- ✓ Verres amincis de qualité avec traitements garantis :
 - anti-reflets ;
 - anti-rayures.

Ou au choix

Équipement à tarifs libres - Classe B
Équipement mixte - Classe mixte pour lesquels vous avez la possibilité de choisir des verres à tarifs libres et une monture « 100 % Santé » ou inversement.



Dentaire

**Remboursement intégral
Équipement 100 % Santé**

- Différentes prothèses adaptées à la localisation de la dent
- ✓ Couronne toutes dents
- ✓ Couronne céramique zirconie incisives, canines, prémolaires
- ✓ Couronne céramométallique et céramique incisives, canines,
 - ✓ 1^{res} prémolaires
- ✓ Inlays-core et couronnes transitoires
- ✓ Bridge céramométallique incisives
- ✓ Prothèses amovibles (dentiers)

Ou au choix

Équipement à tarifs maîtrisés pour lesquels votre reste à charge sera modéré car ces équipements sont également encadrés par des Prix Limites de Vente.

Équipement à tarifs libres (couronne céramocéramique, couronne sur implant).



Aides auditives

**Remboursement intégral
Équipement 100 % Santé -
Classe 1**

Sélection étendue de contours d'oreille :

- contours d'oreille classiques ;
- contours à écouteur déporté ;
- intra-auriculaires.

Garanties

30 jours d'essai - 4 ans de garantie fabricant

Au moins 3 options : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur bruit du vent...

Ou au choix

Équipement à tarifs libres - Classe 2

Les aides auditives comprennent au moins 6 options.



Accédez à un espace entreprise adapté à vos besoins



- Affiliez ou radiez un salarié
- Téléchargez votre **fiche DSN**
- Accédez au **détail de vos contrats** (tableau des cotisations, documents contractuels...)

- Consultez la liste des salariés inscrits
- Téléchargez vos **tableaux de garanties**
- Visualisez vos **avis d'échéance**
- Transmettez des documents

Accédez aux services
sur matmut.fr



Simplifiez vos démarches avec la DSN



La Mutuelle Ociane Matmut exploite les informations véhiculées par les flux DSN que vous nous transmettez. Par exemple, les fins de contrat de

travail sont traités en automatique. Vous pouvez également indiquer dans ce flux le montant des cotisations à prélever concernant votre contrat mutuelle santé.

Programmez des actions de prévention santé clés en main



En tant qu'entreprise adhérente, bénéficiez d'un accompagnement global pour construire et mettre en œuvre votre démarche de prévention santé auprès de vos salariés.

6 thématiques « clés en main »⁽¹⁾ disponibles en plusieurs formats, pour répondre aux besoins de chacun et faciliter leur mise en place : gestes qui sauvent, alimentation et activité physique, troubles musculo-squelettiques, usage raisonné des écrans, sommeil et santé dentaire.

Organisez une écoute sociale pour vos salariés



Un arrêt maladie, une séparation, un proche dépendant, un handicap, une difficulté financière? Vos collaborateurs peuvent avoir besoin d'aide.

La Mutuelle Ociane Matmut vous propose⁽²⁾ l'intervention d'un assistant social diplômé qui orientera vos collaborateurs, par téléphone, vers des organismes adaptés à leurs besoins.

Des interlocuteurs dédiés

Le pôle Entreprise, expert de la protection sociale collective est à votre écoute :

- ☎ **05 57 81 15 14** du lundi au vendredi de 9 h à 17 h
- ✉ ociane.entreprise@ocianegroupematmut.fr
- 💻 matmut.fr/pro



Le + pour protéger vos salariés

Une gamme de prévoyance collective⁽³⁾ adaptée à vos besoins et ceux de vos salariés.

⁽¹⁾ Pour les entreprises de 20 salariés minimum, sous réserve de cotisation à jour, limité à une action de prévention santé clé en main par an.

⁽²⁾ Sur demande de l'entreprise.

⁽³⁾ Mutex - Société Anonyme (SA) au capital social de 37 302 300 €. Entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° Siren 529 219 040. Siège social : 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon CEDEX.

UNMI - Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° Siren 784718207. Siège social : 50, avenue Daumesnil 75012 Paris.

CNP Assurances - Siège social : 4, promenade Coeur-de-Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - Tél : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Société Anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances.

Studio Matmut - Crédit illustration : © lemono - Gettyimages.

Espace personnel

- **Gestion du contrat en direct** : détail des garanties, consultation des remboursements, simulation de remboursement en optique ou dentaire, mise à jour de coordonnées
- **Préférences de contact** : e-remboursements santé et e-relevés de prestation de santé
- **Dépôt de pièces justificatives** : factures, devis...
- **Remboursement immédiat** des séances d'ostéopathie, chiropraxie, podologie et des lentilles non prises en charge
- Accès aux **services innovants de nos partenaires santé**

Accédez aux services
sur matmut.fr



Application Ma Matmut



La plupart des services sont disponibles sur « **Ma Matmut** », application téléchargeable gratuitement dans l'App Store d'Apple et dans Google Play.

Retrouvez également **votre carte de tiers payant dématérialisée** ou **géolocalisez des professionnels de santé** pratiquant le tiers payant ou des praticiens adhérents aux **réseaux de soins**.

Des interlocuteurs dédiés aux salariés



Un conseiller au

02 35 03 68 68

Du lundi au vendredi de 8 h à 19 h
et le samedi de 9 h à 17 h



473 agences

partout en France

Liste disponible sur matmut.fr



Assureur de la garantie santé - Mutuelle Ociane - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. N° Siren 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. Les statuts de la Mutuelle Ociane Matmut sont disponibles sur matmut.fr.

Matmut Protection Juridique - Prestation réalisée 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.

Assistance - Prestations réalisées par IMA GIE - Groupement d'intérêt économique au capital social de 3 547 170 €, inscrit au RCS de Niort sous le n° Siren 433 240 991. Siège social : 118, avenue de Paris 79000 Niort.

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

Medaviz - Service mis en œuvre par Podalire - SAS au capital de 79 920 €, inscrite au RCS de Paris sous le n° Siren 807 414 024. Siège social : 10, rue de Penthievre 75008 Paris. Le service doit faire l'objet d'une utilisation raisonnable.

Deuxiemeavis.fr - La plateforme web www.deuxiemeavis.fr est éditée par la société Carians - Société par Actions Simplifiée (SAS) au capital social de 109 230 €, inscrite au RCS de Paris sous le n° Siren 803 657 717. Siège social : 1, boulevard Pasteur 75015 Paris.

Goodmed - Application proposée par Synapse Medicine - Société par Actions Simplifiée (SAS) au capital social de 35 304,85 €, inscrite au RCS de Meaux sous le n° Siren 827 466 590. Siège social : 3, rue Lafayette 33000 Bordeaux.

Coaching santé délivré par MetaCoaching - SAS au capital social de 383 299 €, inscrite au RCS de Paris sous le n° Siren 513 782 003. Siège social : 65, rue Saint-Charles 75015 Paris.

Salvum - Formation en ligne de secourisme - SAS au capital social de 451 520 €, inscrite au RCS de Meaux sous le n° Siren 801 777 541. Siège social : 1, avenue Christian-Doppler 77700 Serris.

Studio Matmut - Crédit illustration : © lemono - Gettyimages.



Accompagnement bien-être



Coachings santé en ligne

6 programmes pour reprendre une activité physique durable, gérer son stress, améliorer son sommeil, retrouver sa vitalité en cas de covid long et améliorer son équilibre physique et mental.



Formations aux gestes qui sauvent

9 modules digitaux pour apprendre les bons réflexes en cas d'urgence ou d'accident : gestes qui sauvent, arrêt cardiaque défibrillateur, bébé prévention, route, aidants...

Services de santé à distance



Téléconsultation

Un médecin généraliste ou spécialiste joignable en quelques minutes 24 h/24 et 7 j/7, sans rendez-vous, de manière sécurisée et sans aucune avance de frais !



Deuxième avis médical

En cas de situation médicale complexe ou de maladie invalidante, obtenez un deuxième avis par un médecin expert de votre pathologie, en moins de 7 jours, pour vous aider dans vos décisions.



Assistant médicaments en ligne

Une application conçue par des médecins, qui permet de sécuriser toute prise de médicament notamment en l'absence de l'avis d'un professionnel de santé.

Avantages optique et audio avec Kalixia



Réseau d'opticiens

Un réseau d'opticiens partenaires proposant des tarifs préférentiels et un très large choix de verres et montures de qualité.



Réseau d'audioprothésistes

Un réseau d'audioprothésistes partenaires proposant des avantages tarifaires, un service complet et personnalisé.

Assistance et garantie de Protection Juridique Santé



Assistance

Des prestations d'assistance complètes en cas d'hospitalisations prévues, imprévues, ambulatoires ou de maladie grave.



Protection Juridique

Une assistance juridique par téléphone et une protection juridique complète sur les problématiques de santé.

Accédez aux services
sur matmut.fr

