MUTUELLE OCIANE
matmut

Notice d'information

Salarié du contrat collectif Santé à adhésion obligatoire

Édition janvier 2025

Sommaire

	Lexique	Page 3
Section I -	**La Mutuelle Ociane Matmut : qui sommes-nous?**	**Page 10**
Section II -	**Le fonctionnement du contrat**	**Page 11**
Article 1 -	Les dispositions générales	Page 11
Article 2 -	Le processus d'adhésion	Page 11
Article 3 -	Les événements survenant en cours d'adhésion	Page 12
Article 4 -	La cessation des garanties	Page 13
Article 5 -	Les cotisations	Page 15
Section III -	**La mise en œuvre des prestations**	**Page 16**
Article 6 -	Les données de santé	Page 16
Article 7 -	Les garanties du contrat	Page 17
Article 8 -	Le libre choix	Page 17
Article 9 -	Les modalités de calcul des prestations	Page 17
Article 10 -	Les bases et limites des remboursements	Page 18
Article 11 -	La couverture des accidents	Page 18
Article 12 -	Exclusions	Page 19
Article 13 -	Le contrôle médical des prestations	Page 19
Article 14 -	Subrogation, prescription, forclusion	Page 20
Section VI -	**Quelques informations pratiques**	**Page 20**
Article 15 -	Les modalités de remboursements	Page 20
Article 16 -	Le dispositif réglementaire	Page 23
Article 17 -	Le Fonds d'entraide mutualiste	Page 26
Article 18 -	Le traitement des réclamations	Page 26
Article 19 -	Charte protection des données personnelles	Page 27
Article 20 -	Communication d'informations ou de documents sur support durable	Page 30
Article 21 -	Vos services internet exclusifs : toute votre mutuelle en ligne sur matmut.fr	Page 30
Article 22 -	Votre garantie Protection Juridique Santé	Page 32
Annexe		**Page 34**
Article 23 -	Vos garanties Matmut Assistance	Page 34

MUTUELLE OCIANE matmut

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 la Sécurité sociale et qui ne figurent notamment pas sur la Liste des produits et prestations (LPP).

Activité physique adaptée (APA)
On entend par activité physique adaptée, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.

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 (voir page 9).

Base de remboursement (BR)
Tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la Sécurité sociale 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.

« Carte Vitale » est une marque déposée. Propriété du GIE SESAM-Vitale.

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 ».

Certificat de radiation
Document établi par le précédent organisme de complémentaire santé par suite de 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).

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).

Etiopathie
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).

« Carte Vitale » est une marque déposée. Propriété du GIE SESAM-Vitale.

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

- le forfait optique adulte, 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 heures). **Votre mutuelle prend en charge ce forfait, dans les limites des garanties souscrites.**

Forfait patient urgences (FPU)
Ce forfait est défini à l'article L.160-13, I du Code de la Sécurité sociale. C'est une participation forfaitaire due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé prise en charge par l'organisme assureur dans le cadre des obligations du contrat responsable.

Frais (ou lit) d'accompagnant
Lors de l'hospitalisation d'un enfant, un proche peut l'accompagner. Le coût du lit d'accompagnant reste à sa charge. **Cependant, votre mutuelle rembourse une partie de ces frais journaliers dans la plupart de ses garanties.**

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.

Médicaments
L'Assurance maladie (Sécurité sociale) rembourse en partie ou en totalité les médicaments achetés en pharmacie. Cela dépend du médicament concerné ainsi que des conditions de prescription et de délivrance. Le taux de remboursement dépend du service médical rendu du médicament. Les taux de remboursement des médicaments :
• 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
• 65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important ;
• 30 % pour les médicaments à service médical rendu modéré ;
• 15 % pour les médicaments à service médical rendu faible.
Les taux de remboursement s'appliquent soit sur la base du prix de vente (prix limite de vente fixé réglementairement), soit sur la base d'un Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Le prix limite de vente et le TFR figurent au verso de l'ordonnance ayant servi à la délivrance des produits.

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 1er 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 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 (voir Section III article 14-2). L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la Mutuelle Ociane Matmut 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 : la Mutuelle Ociane Matmut est 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 : 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.

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.

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.

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
Panier de soins ANI désigne les garanties minimum qui doivent être proposées aux salariés dans le cadre 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 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 (voir page 15).

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 et 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), MSA, GAMEX (régime agricole), Mutualité Fonction Publique.

Répertoire ADELI (automatisation des listes)
Le répertoire ADELI 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
Selon les dispositions de l'article L.221-6-4 du Code de la mutualité, constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice ou à la mutuelle, 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.

Téléconsultation
Elle donne accès à distance à des médecins généralistes ou spécialistes pour obtenir rapidement une information, un conseil médical ou un diagnostic (avec ou non proposition de traitement). Cette activité est soumise à l'obligation de recueil des données personnelles de l'adhérent dès lors que la délivrance d'une ordonnance est nécessaire.

Ticket modérateur
Différence entre la Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire 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. La Sécurité sociale 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.

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.

Préambule

Votre entreprise a mis en place un contrat collectif à adhésion obligatoire dans le but de vous faire bénéficier, et éventuellement votre famille, 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 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.

Conformément à l'article L.221-6-5 du Code de la mutualité, l'adhérent peut s'opposer, dès l'entrée en relation ou à tout moment, à l'utilisation du support durable que la mutuelle utilise pour lui communiquer des informations ou documents en vue de revenir à l'utilisation du support papier.

Section 1 - La Mutuelle Ociane Matmut : qui sommes-nous?

La Mutuelle Ociane Matmut est le résultat de la fusion au 1er 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, Mutuelle 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 815 000 personnes protégées ;**
- **plus de 8000 structures couvertes ;**
- **plus de 450 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.*

La Mutuelle Ociane Matmut labellisée « Engagé RSE » ISO 26000

Notre engagement RSE permet, d'incarner les valeurs mutualistes en étant acteur du développement durable de la société.

Notre démarche s'articule autour de 7 questions centrales interdépendantes :

- environnement ;
- loyauté des pratiques ;
- ancrage territorial : Communautés et développement local ;
- gouvernance de l'organisation ;
- ressources humaines, relations et conditions de travail ;

• questions relatives aux consommateurs ;
• droits de l'homme.

Autorité de contrôle

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située 4, place de Budapest 75436 Paris CEDEX 09.

Section II - Le fonctionnement du contrat

ARTICLE 1

Les dispositions générales

1-1 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.

Sous réserve de dispositions différentes propres à certains contrats, sont considérés comme ayants droit de l'adhérent, bénéficiaires des garanties du contrat, **lorsqu'ils sont désignés sur le bulletin individuel d'affiliation :**

• le conjoint, concubin, ou le partenaire lié à l'adhérent par la signature d'un Pacs ;
• les enfants célibataires jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle a lieu leur 28e anniversaire.

La limite d'âge prévue pour les enfants célibataires ne s'applique pas aux enfants bénéficiant des allocations pour personnes handicapées.

1-2 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, à l'exception des cas de dispense définis par le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 ou des cas admis et mentionnés dans l'acte de mise en place du régime de protection sociale.

Si un salarié souhaite bénéficier de la dispense d'affiliation, il doit en exprimer la demande et fournir le justificatif de dispense.

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

1-3 Le choix de la garantie

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

Si le contrat le prévoit, chaque adhérent peut ensuite opter à titre facultatif, pour un niveau de garanties optionnelles, qu'il spécifie sur le bulletin individuel d'affiliation.

Les niveaux de garanties optionnelles sont indiqués sur le tableau de garanties en annexe.

Les ayants droit de l'adhérent peuvent bénéficier à titre facultatif du contrat en souscrivant un niveau de garanties identique à celui de l'adhérent. Les droits des ayants droit sont suspendus ou cessent en même temps que ceux du membre participant, sous réserve du maintien des garanties auquel ils ont droit en cas de décès du membre participant, dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin).

ARTICLE 2

Le processus d'adhésion

2-1 Quand débute votre adhésion ?

Sous réserve des cas de dispense, **l'affiliation au contrat collectif obligatoire** prend effet :

• à la même date que le contrat collectif pour les salariés appartenant à un collège (ou une catégorie professionnelle) défini aux conditions particulières du contrat ;
• ou à la date d'embauche/date de mutation dans le collège couvert, pour les affiliations postérieures à la mise en place du contrat.

L'affiliation des ayants droit concomitante à celle du salarié auquel ils sont rattachés, prend effet dans les mêmes conditions.

Ultérieurement, l'affiliation d'un ayant droit ne peut avoir un effet rétroactif. Elle prend effet au plus tôt le lendemain, à 0 heure, de la date à laquelle l'adhérent formule sa demande ou à 0 heure à la date qu'il aura indiquée à la mutuelle.

Cas particulier du nouveau-né : l'affiliation en cours d'année d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté peut prendre effet le jour de sa naissance ou de son adoption sous réserve que la demande en soit faite dans les trois mois de la naissance ou de l'adoption. À défaut, la prise d'effet des garanties aura lieu le

1er jour, à 0 heure, du mois suivant la réception de la demande d'affiliation par la mutuelle.

Si l'employeur a souscrit **un niveau de garanties optionnelles** pour l'ensemble des salariés d'un même collège en complément du contrat collectif obligatoire, chaque participant peut s'y affilier à titre facultatif, dans un délai de trois mois maximum suivant son affiliation au contrat collectif obligatoire. Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à compter du 1er janvier de l'année suivante.

2-2 L'adhésion du salarié

Pour adhérer au contrat Santé, il vous suffit de compléter un bulletin individuel d'affiliation disponible via votre espace internet salarié ou auprès de votre correspondant de groupe, et y joindre la copie de l'attestation de droits à l'Assurance maladie. Vous devez nous fournir le RIB du compte sur lequel vous souhaitez que les prestations soient versées.

Lorsque votre adhésion est enregistrée, vous recevez dans les jours qui suivent, votre carte de tiers payant en deux exemplaires. Les statuts de la mutuelle, la notice d'information « Salariés d'un contrat collectif Santé à adhésion obligatoire » et la notice d'information 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, disponible auprès de votre correspondant de groupe, et nous l'envoyer accompagné des pièces suivantes :

- une copie de l'attestation de droits à l'Assurance maladie, sur laquelle figure le conjoint ;
- une copie du livret de famille, de l'attestation de concubinage ou de pacs délivrés par votre mairie ou le tribunal ;
- 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 adressons 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, disponible auprès de votre correspondant de groupe, et nous l'envoyer accompagné des pièces suivantes :

- une copie de l'attestation de droits à l'Assurance maladie sur laquelle figure votre 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.

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.

Au 16 ans de votre enfant, il est nécessaire pour maintenir la télétransmission de nous adresser une copie de la propre attestation de droits à l'Assurance maladie du jeune majeur.

Si votre enfant a 28 ans ou plus, 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 ou de garanties

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

Important ! Lorsque les informations communiquées ne sont pas sincères, vous vous exposez à des sanctions en cas de mauvaise foi : nullité de la garantie facultative (article L. 221-14 du Code de la mutualité).

3-1 Le changement de coordonnées : déménagement ou changement de numéro de téléphone

Il vous suffit de communiquer vos nouvelles coordonnées à la mutuelle :

- en effectuant directement les modifications dans votre espace personnel sur matmut.fr ;
- en contactant un conseiller au 02 35 03 68 68.

3-2 Le changement de coordonnées bancaires du compte sur lequel vous recevez vos remboursements

Envoyez-nous, depuis votre espace personnel sur matmut.fr ou par courrier, le relevé d'identité bancaire fourni par votre banque. Il nous permettra d'effectuer les remboursements sur votre nouveau compte.

3-3 Le changement de coordonnées bancaires du compte sur lequel sont prélevées vos cotisations

Si vous réglez tout ou partie de votre cotisation, et que vous souhaitez le faire depuis ce nouveau compte, envoyez-nous le relevé d'identité bancaire (RIB, RIP ou RICE), sur lequel figurent les codes IBAN et BIC, fournis par votre banque. Lors de la mise en place du prélèvement, vous devez également nous transmettre le formulaire de mandat SEPA (qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement) disponible sur votre espace personnel sur matmut.fr ou sur simple demande.

3-4 Le changement de régime ou de centre de sécurité sociale

Vos coordonnées Sécurité sociale sont indispensables pour garantir un remboursement rapide et bénéficier des échanges avec le centre de Sécurité sociale (NOEMIE) dont vous dépendez.

Aussi, en cas de changement de centre de Sécurité sociale, vous devez nous faire parvenir, par courrier ou depuis votre espace personnel :

- une copie de la nouvelle attestation de droit à l'Assurance maladie sur laquelle figurent les personnes couvertes ;
- les coordonnées précises de votre nouveau centre (ou caisse) d'affiliation.

3-5 Le changement de niveau de garanties optionnelles

Le changement du niveau de garanties optionnelles est possible passé une durée minimale de 12 mois dans la garantie en cours. Avec un délai de prévenance de 2 mois, il prend effet au 1er janvier de l'année suivant la demande.

Dans certains cas, et sur présentation de justificatifs, le changement du niveau de garanties est possible à effet du 1er jour du mois suivant la demande en cas de changement de situation de famille de l'adhérent (mariage, divorce, naissance ou adoption d'un enfant, concubinage, pacs, décès).

ARTICLE 4

La cessation des garanties

4-1 Le départ de l'adhérent

L'adhésion d'un adhérent prend fin en cours d'année :

- en cas de rupture du contrat de travail ou lors du passage dans un collège (ou une catégorie professionnelle) non garanti au titre du contrat. Toutefois, l'adhérent peut demander le maintien des garanties en application des articles 4-1-1 (portabilité des droits) et 4-1-2 (régime Évin) de la présente notice ;
- s'il peut faire valoir un cas de dispense ;
- en cas de décès de l'adhérent.

La radiation prend effet à la date de rupture du contrat de travail ou de mutation dans un collège (ou une catégorie professionnelle) non garanti, à la date du décès ou encore à la date de la dispense et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

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 Régime d'accueil loi Évin

L'article 4 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989 prévoit le maintien des garanties complémentaires santé collectives et **obligatoires** en vigueur chez le dernier employeur 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). Le maintien des garanties ne concerne que le salarié et non ses ayants droit ;
- des ayants droit du salarié décédé (pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès).

Les conditions du régime d'accueil telles que définies à l'article 4 de la loi Évin sont étendues aux ayants droit de l'ancien salarié lorsque ceux-ci étaient précédemment couverts par le régime des salariés actifs de l'entreprise.

Ils peuvent ainsi bénéficier du maintien des garanties obligatoires au même niveau de garanties que l'ancien salarié.

Outre les conditions tarifaires figurant au bulletin d'adhésion, les garanties et les cotisations évolueront dans les mêmes conditions que celles applicables au régime des salariés actifs de l'entreprise.

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).

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 maintien. La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la mutuelle de la demande de résiliation.

La résiliation vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants droit.

4-1-3 Cas de suspension du contrat de travail

a) En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation [que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers], les garanties définies aux conditions particulières ou au bulletin d'adhésion sont maintenues, pendant toute la durée de suspension de son contrat de travail, au bénéfice de cette personne.

Les périodes de suspension du contrat de travail visées sont notamment celles liées à la maladie, à la maternité, 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 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) En cas de suspension du contrat de travail du membre participant et ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ni à indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, les garanties du membre participant sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :
- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation d'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente, n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération, ni à indemnisation complémentaire de l'employeur financée au moins pour partie par ce dernier.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le membre participant, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trente jours suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties pour le membre participant sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.
Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.
En tout état de cause, les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant la période de suspension des garanties ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

4-2 La radiation des ayants droit inscrits au contrat

La radiation d'un ayant droit de la liste des bénéficiaires doit être formalisée par écrit. Elle est possible à condition de respecter un délai de préavis de deux mois avant l'échéance principale, ou à tout moment de l'année, sur présentation d'un justificatif, dans les cas suivants :

Motifs	Justificatifs demandés
Adhésion à un contrat collectif à caractère obligatoire	Attestation de l'employeur notifiant le caractère obligatoire de l'adhésion
Changement de statut matrimonial (divorce, séparation)	Déclaration sur l'honneur ou jugement du tribunal
Départ à l'étranger	Attestation justifiant le départ à l'étranger Justificatif de départ Déclaration sur l'honneur
Bénéfice de la complémentaire santé solidaire	Copie de l'attestation de droit C2S ou C2SP
Décès	Certificat de décès
La demande de radiation prend effet à l'échéance principale du contrat suivant la demande ou, dans les cas où elle peut être formulée en cours d'année, au 1er jour à 0 heure du mois suivant la demande ou encore le lendemain à 0 heure de la date du décès ou de la date d'effet de la complémentaire santé solidaire. À réception de votre courrier, nous vous adressons une nouvelle carte de tiers payant actualisée. L'ancienne carte devra être détruite.	

ARTICLE 5

Les cotisations

Les cotisations sont déterminées par année civile en fonction du niveau de garantie choisi et du régime obligatoire d'Assurance maladie maternité dont dépendent les salariés.

5-1 Le paiement des cotisations

(Les modalités de paiement sont définies aux conditions particulières)

5-1-1 Le paiement des cotisations des garanties obligatoires

La cotisation est payable d'avance ; elle peut être réglée en plusieurs fractions (mensuelle, semestrielle). Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

Sauf mention contraire dans les conditions particulières, 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 dispose :

« I. - 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 et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, 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'adhésion 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 I.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement…

III. – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel. Les statuts de la mutuelle ou de l'union peuvent prévoir les conditions dans lesquelles la mutuelle ou l'union applique, à défaut du paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur ou poursuit en justice l'exécution du contrat. »

5-1-2 Le paiement des cotisations des garanties facultatives

La cotisation est payable d'avance ; elle peut être réglée en plusieurs fractions (mensuelle, semestrielle). Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

Sauf mention contraire dans les conditions particulières, la cotisation du salarié et de ses ayants droit sera intégralement appelée par la mutuelle au salarié (y compris la cotisation des ayants droit au module de base à titre facultatif).

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 dispose :

« II. - Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au I est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle ou l'union informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de lise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ou l'union ne couvre plus le risque. »

5-2 La revalorisation des cotisations

Les cotisations peuvent être revalorisées chaque année par la mutuelle, au 1er janvier, en fonction de divers paramètres tels que :

- un changement de régime obligatoire ;
- une modification du niveau de garanties, des modifications dans les nombres de personnes couvertes, une modification de l'âge ;
- un changement d'adresse du souscripteur (employeur) ;
- une dégradation des résultats techniques du contrat ou du groupe, enregistrés par la mutuelle au cours de l'exercice écoulé ;
- une modification de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire ou de la législation fiscale ou sociale ;
- les prévisions de dépenses de santé (ONDAM) ;
- les évolutions significatives constatées dans la démographie du collège ou de la catégorie professionnelle assurée.

Il est précisé que si la cotisation est exprimée en % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, elle suit l'évolution de ce plafond.

La revalorisation de la cotisation est généralement notifiée sous la forme d'un courrier d'information adressé à l'entreprise.

Section III - 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 la Sécurité sociale (sauf dispositions figurant aux descriptifs des garanties) et sous les réserves exposées au point « Exclusions » de la Section III article 12.

ARTICLE 7

Les garanties du contrat

Sauf mentions particulières prévues aux tableaux de garanties, les garanties sont exprimées remboursement Sécurité sociale inclus.

Sont pris en charge par la mutuelle les frais de soins effectués pendant la période de garantie dans les limites et plafonds fixés aux tableaux de garantie annexés à cette notice.

Forfaits et plafonds des prestations

Les plafonds et limites des prestations dépendent des niveaux de couverture souscrits par l'entreprise et, le cas échéant, par l'adhérent s'il a opté pour la souscription d'une garantie optionnelle facultative.

Les montants des forfaits annuels ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1er janvier de chaque année sauf pour le forfait optique adulte lequel se renouvelle tous les deux ans à compter de la date d'achat du dernier équipement optique sauf en cas d'évolution de la vue (tous les ans). Le forfait audiologie se renouvelle par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'achat du dernier équipement. Les montants des forfaits semestriels se renouvellent au 1er janvier et au 1er juillet de chaque année.

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 la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

90 % des prestations sont réglées en 72 h.

ARTICLE 8

Le libre choix

La mutuelle respecte le libre choix :

- du chirurgien, du praticien, 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 la Sécurité sociale ;
- de l'établissement de soins, public ou privé, parmi ceux agréés par la Sécurité sociale.

La mutuelle informe les membres participants des réseaux de soins auxquels elle adhère et des conventions qu'elle conclut avec les professionnels de santé ainsi que des avantages qui en résultent pour eux.

ARTICLE 9

Les modalités de calcul des prestations

Les remboursements sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du régime obligatoire d'Assurance maladie, 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 indemnisations 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 toute nature 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'indemnisation 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 et exclusivement pour les soins pris en charge par eux.

La mutuelle peut par ailleurs établir ses remboursements sur des bases forfaitaires telles que décrites dans les tableaux figurant en annexe.

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

- **Chambre Particulière :** la mutuelle ne peut être tenue pour responsable si l'adhérent cotisant pour la garantie Chambre Particulière (avec nuitée) ne peut bénéficier de cette prestation par manque de place dans l'établissement choisi. Les suppléments en hospitalisation ambulatoire (sans nuitée) sont pris en charge sous réserve que la garantie souscrite le prévoie 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'une paire de lunettes tous les 24 mois à partir de la date d'achat sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (1 paire de lunettes par an).
- **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.
- **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. Il est précisé que le régime d'Assurance maladie maternité mis en œuvre par la Caisse des Français à l'étranger (CFE) n'est pas un régime obligatoire. La mutuelle n'intervient pas en complément de la caisse des Français de l'étranger.

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.**

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.

En cas de retard dans la déclaration, la mutuelle pourra invoquer un cas de déchéance si ce retard lui a causé un préjudice dont elle peut prouver la réalité.

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 définitif et n'étant opposable à la mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

11-2 L'intervention de la mutuelle

En application des dispositions concernant la subrogation (voir Section III article 14-1), la mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable.

« carte Vitale » est une marque déposée. Propriété du GIE SESAM-Vitale.

Pour les interventions consécutives à un accident non exclu à la Section III 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 la Section III article 14-1, 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 — Exclusions

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 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 figurant aux conditions particulières.

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

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 fausse 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 IV - 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 chaque début d'année.

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 restituer à la mutuelle sous 48 h 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 droits à l'Assurance maladie).

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 Sécurité sociale pour ceux qui ne bénéficient du système d'automatisation des échanges d'informations avec les régimes obligatoires (système NOEMIE) ;
- 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, participation aux frais d'obsèques, etc.).

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 la Section III article 14-3. Les prestations sont versées par virement bancaire ou par chèque.

15-3 Les échanges informatisés NOEMIE

Dès la mise en place des échanges NOEMIE, votre décompte Sécurité sociale (ou équivalent) porte la mention **« nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire : la 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 d'adresser à la mutuelle :

- le décompte Sécurité sociale ;
- éventuellement la facture acquittée 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 à l'Assurance maladie, afin de vérifier les informations vous concernant.

15-4 Les modalités de remboursement selon les prestations prévues par votre garantie

Sous réserve que votre contrat couvre les prestations suivantes :

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 la Sécurité sociale.

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 **originale acquittée ;**
- **le décompte** de la Sécurité sociale.

Cas particuliers

Le lit ou les frais accompagnant (frais de lit, repas, petit-déjeuner) 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 (voir détail de votre garantie).

« Carte Vitale » est une marque déposée. Propriété du GIE SESAM-Vitale.

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 au centre de Sécurité sociale.
- Si le médecin n'est pas équipé du lecteur de carte Vitale®, il établit une feuille de soins, que vous devez adresser à votre centre de Sécurité sociale.

Dans les deux cas, votre centre de Sécurité sociale 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 la Sécurité sociale, 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 au centre de Sécurité sociale. 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 la Sécurité sociale 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 à la mutuelle le décompte de la Sécurité sociale accompagné de l'original 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.

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 la Sécurité sociale, vous devrez alors régler le supplément.
- 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 au centre de Sécurité sociale. 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 la Sécurité sociale qui vous rembourse.
- Si vous bénéficiez du système NOEMIE, vos démarches s'arrêtent là.

Sinon, adressez à la mutuelle le décompte de la Sécurité sociale accompagné de l'original 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.

15-4-5 Optique

- 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, monture et lentilles remboursées). Si le prix de vos soins dépasse le montant pris en charge par la mutuelle et la Sécurité sociale, vous devrez alors régler le supplément.
- Si vous avez fait l'avance des frais, vous devez envoyer les feuilles de soins et la prescription du médecin à la Sécurité sociale 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 à la mutuelle le décompte de la Sécurité sociale accompagné de l'original 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.

15-4-6 Prestations complémentaires

Prestations assurées	Ce que vous devez nous adresser
Prothèses externes prises en charge par la Sécurité sociale : capillaire, oculaire, mammaire	**Le décompte de la Sécurité sociale** accompagné de **l'original de la facture nominative acquittée** du praticien.
Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par la Sécurité sociale	**Le décompte de la Sécurité sociale** accompagné de **l'original de la facture nominative acquittée** du praticien.
Suivi psychologique en cas d'affection longue durée	**Le décompte de la Sécurité sociale** accompagné de **l'original de la facture nominative acquittée** du praticien. **Un document attestant que le suivi est effectué dans le cas d'une affection longue durée.**

« Carte Vitale » est une marque déposée. Propriété du GIE SESAM-Vitale.

15-4-7 Prime d'inscription naissance ou adoption

Sous réserve que la garantie soit prévue, cette prime 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 dans les 3 mois suivant sa naissance ou son adoption (voir démarche Section II article 2-4). Il n'est versé qu'une seule prime par enfant.

15-4-8 Prévention et médecines douces

Prévention	Médecines douces
Définition	
La notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé.	Les médecines douces (également appelées alternatives ou parallèles) sont celles qui n'utilisent pas des médicaments et des molécules chimiques pour soigner les patients.
Quelques exemples d'actes pris en charge par la Mutuelle Ociane Matmut	
Vaccins non pris en charge par les régimes obligatoires, podologie, contraception non remboursée par les régimes obligatoires, patchs et autres traitements anti-tabac pris en charge par les régimes obligatoires, dépistages (troubles de l'apprentissage et du comportement, troubles du développement chez les enfants de moins de 3 ans), bilans allergiques…	Osthéopathie, chiropraxie, diététicien, homéopathie, ergothérapeute, sevrage tabagique (acupuncture, auriculothérapie, hypnose)…
Ce que vous devez nous adresser	
• L'originale de la facture nominative acquittée du praticien diplômé accompagné, le cas échéant, de la prescription médicale. • Pour les actes de dépistage, 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 ADELI.

15-4-9 Assistance

Le service Assistance est inclus dans votre contrat obligatoire. Il vous apporte tout un ensemble de services d'assistance (voir le détail des garanties en annexe).

15-5 Comment suivre vos remboursements?

Avec la Mutuelle Ociane Matmut, chacun peut suivre ses remboursements de la façon qui lui convient le mieux!

15-5-1 Par internet avec alerte SMS ou email

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'alertes par email 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 sur votre **espace personnel.**

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 Sécurité sociale, la part mutuelle et comportent de nombreux renseignements.

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. En application des modifications introduites par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 (article 56), **un nouveau cahier des charges des contrats responsables a été défini.**

Depuis le 1er janvier 2018, tous les contrats collectifs obligatoires doivent appliquer la nouvelle législation.

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, dites « 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 ;
- l'intégralité du forfait patient urgence.

La loi de finance de la Sécurité sociale 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 (Sécurité sociale) et la complémentaire santé des soins dentaires prophétiques, 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 effectué 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 prestations. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 €.

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 prestations 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 entrainant 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 règlementaires (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 :
• **un 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 ;
• **un 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 ;
• **un panier aux tarifs libres remboursé au minimum à hauteur du ticket modérateur** dans la limite des garanties prévues dans les tableaux de prestations.

Le remboursement des aides auditives

La prestation, qui s'entend par oreille appareillée, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un forfait en euros supplémentaire par oreille tous les 4 ans.

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 tels que précisés 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 la Sécurité sociale.

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.

L'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO)

Les contrats sont conformes à la législation en vigueur pour les praticiens exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie et ayant choisi 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 de Sécurité sociale).

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 la Sécurité sociale 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 1. 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 renchéri 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 (le formulaire est disponible 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 1 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 (sur le support destiné à la Sécurité sociale) ;
- vérifiez sur votre relevé de prestations de la Sécurité sociale que les soins sont correctement qualifiés.

ARTICLE 17

Le Fonds d'entraide mutualiste

Si vous rencontrez des difficultés, ou si vous êtes concerné par des circonstances particulières 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 sont établies à partir d'un imprimé prévu à cet effet qui doit comporter l'ensemble des renseignements permettant de statuer sur leur recevabilité, et notamment les justificatifs suivants :

- justificatifs des ressources du demandeur (avis d'imposition ou de non-imposition, copie de la déclaration de revenus…) ;
- nature des frais engagés ou de l'aide demandée ;
- aides déjà obtenues auprès d'autres organismes ou régimes.

Renseignez-vous auprès du 02 35 03 68 68.

ARTICLE 18

Le traitement des réclamations

Modalités d'examen des réclamations

Soucieux de vous offrir le meilleur accompagnement possible, nous mettons à votre service un dispositif dédié au traitement des réclamations, pour vous répondre rapidement, en toute transparence et dans le respect de vos droits.

Qu'est-ce qu'une réclamation ?
L'expression de votre mécontentement ou de votre insatisfaction à notre égard constitue une réclamation.
Une demande de service ou de prestation, une demande d'information ou d'avis n'est pas considérée comme telle.

Comment nous en faire part ?

Votre réclamation peut être formulée par tous moyens à votre convenance :

- vis-à-vis : auprès de **votre agence conseil ;**
- téléphone : **02 35 03 68 68 ;**
- internet : via le **formulaire « réclamations »** disponible sur votre **espace personnel** ;
- courrier : **Matmut – Gestion des réclamations – TSA 40261 – 76729 Rouen CEDEX.**

Quelles sont les étapes de traitement?
Nous vous invitons à nous faire part au plus tôt de tout désaccord sur le présent contrat, quel qu'en soit l'objet (sa souscription, sa gestion ou la mise en œuvre de ses garanties).
Le responsable de l'agence ou du service concerné, ou une entité dédiée au traitement des réclamations, étudie votre situation avec la plus grande attention et s'efforce de vous répondre au plus tôt.

Si la réponse ne peut vous être adressée dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de votre réclamation, un accusé de réception vous est envoyé. En toute hypothèse, nous nous engageons à vous répondre dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de votre réclamation.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, vous pouvez solliciter notre **service « Réclamations sociétaires »** à l'adresse suivante :
66, rue de Sotteville 76030 Rouen CEDEX 1 ;
ou par mail **(service.reclamations@matmut.fr)**.

Celui-ci, après examen de votre dossier, vous fait part de sa position définitive dans un délai maximal de 2 mois à compter de l'envoi de votre réclamation initiale, sauf situation exceptionnelle dont il vous informe. Un accusé de réception vous parvient sous 10 jours ouvrables si la réponse ne peut vous être adressée dans ce délai.

Si votre désaccord persiste, vous pouvez saisir gratuitement le médiateur de l'assurance, en écrivant à :
Médiation de l'assurance
TSA 50110
75441 Paris CEDEX 09

ou en déposant votre demande sur son site internet : **www.mediation-assurance.org.**

Vous pouvez consulter la charte du médiateur directement sur ce site.

Vous pouvez également solliciter directement le médiateur de l'assurance s'il s'est écoulé plus de 2 mois depuis l'envoi de votre réclamation initiale.

Informations importantes

La saisine du médiateur doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation initiale et aucune action contentieuse ne doit avoir été engagée auparavant.

L'avis du médiateur de l'assurance ne nous lie, ni vous, ni nous, chacun conservant le droit de saisir les tribunaux.

ARTICLE 19

Charte de protection des données personnelles

La présente charte est destinée à vous fournir des informations détaillées sur l'usage fait de vos données à caractère personnel (ci-après « données personnelles »), nos obligations et vos droits en la matière.

Les sociétés du Groupe Matmut collectent et traitent vos données personnelles dans le respect du règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016, entré en application le 25 mai 2018 et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Pourquoi utilisons-nous vos données personnelles?
Pour vous assurer, vous conseiller au mieux et pour respecter nos obligations légales.
Vos données personnelles sont collectées et traitées pour les finalités suivantes :
- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance ;
- la passation, la gestion et l'exécution de la prestation de conseil en gestion de patrimoine ;
- la gestion de notre relation client et la prospection commerciale ;
- l'amélioration de nos services notamment en vous 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.

Quelles données personnelles vous concernant utilisons-nous?

Le Groupe Matmut collecte et traite uniquement les données pertinentes en fonction des finalités.
Vos données personnelles sont recueillies soit directement auprès de vous, soit indirectement auprès de tiers (tels que des partenaires, des prestataires de services, des tiers mettant à disposition des bases de données). Le Groupe Matmut s'engage à réaliser ces traitements pour les finalités définies ci-avant, en mettant en oeuvre les mesures nécessaires pour garantir le respect de votre vie privée.
Quelques exemples de données personnelles traitées, regroupées par catégories :
- identification de personnes : nom, prénom, numéro de téléphone, adresse de courrier électronique...
- biens assurables pour l'appréciation du risque : situation géographique, type et caractéristiques de votre véhicule ou de votre habitation...

- gestion du contrat d'assurance : numéro de sociétaire ou d'adhérent, numéro de contrat, adresse postale, adresse électronique, numéro de téléphone, montant du contrat, moyen de paiement de la cotisation...
- santé : description des atteintes corporelles à des fins d'indemnisation des victimes, actes médicaux/montants remboursés par la Sécurité sociale à des fins de versement des prestations de la complémentaire santé...
- sinistres/victimes : nature du sinistre, rapport d'expertise, taux invalidité/incapacité...
- gestion de notre relation commerciale : demandes de renseignements sur les produits, contrats et services, origine de la demande, échanges avec les clients et les prospects...

Lorsque nécessaire, il vous est indiqué au moment de leur collecte si ces informations sont obligatoires ou facultatives. Le défaut de communication de données obligatoires peut conduire à ce qu'une demande ne puisse être prise en compte, à l'impossibilité de passer, gérer et exécuter un contrat d'assurance.

Qu'est-ce qui nous autorise à les utiliser?
Votre consentement ou un autre fondement légitime.
Les traitements de vos données personnelles reposent sur au moins l'un des fondements juridiques suivants:
- l'exécution d'un contrat auquel vous êtes partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande ;
- le respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis ;
- l'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement notamment la lutte contre la fraude, la prospection commerciale, la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des fondements définis ci-dessus, un accord au traitement vous sera demandé. Dans le cadre de l'exécution du contrat (gestion d'un sinistre corporel), les sociétés du Groupe Matmut et autres destinataires peuvent être amenées à traiter des données personnelles dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. Votre consentement explicite à ce que les sociétés du Groupe Matmut et autres destinataires traitent ces données personnelles pour cette finalité précise vous sera demandé.

Qui sont les destinataires de vos données personnelles?
Les sociétés du Groupe Matmut ne communiquent vos données qu'aux personnes et organismes intervenant dans nos relations contractuelle et commerciale.
Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de leurs missions, sont :
- les collaborateurs du Groupe Matmut ;
- les partenaires ;
- les prestataires ;
- les sous-traitants et s'il y a lieu les délégataires de gestion et les intermédiaires en assurance ;
- les entités du groupe d'assurance auquel appartient le responsable de traitement (société qui détermine les finalités et les moyens des traitements de données personnelles) ;
- s'il y a lieu les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties ;
- les personnes intervenant au contrat tel 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 ;
- les personnes bénéficiant d'un droit de communication telles que les médiateurs professionnels, autorités de contrôle ou organismes publics habilités.

Combien de temps conservons-nous vos données personnelles?
Le Groupe Matmut ne conserve vos données que le temps nécessaire.
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.

Quelques exemples de délais de conservation liés à nos activités :
- données durée de conservation ;
- prospection commerciale : 3 ans à compter du dernier contact émanant du prospect ;
- contrat d'assurance vie : 10-30 ans suite au décès de l'assuré (selon les cas et les contrats) ;
- lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme : 5 ans à compter de la cessation des relations avec le prospect ou l'assuré ;
- lutte contre la fraude : 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude de l'assuré ;
- gestion des cookies : 13 mois à compter de leur dépôt sur le terminal de l'utilisateur ;

Ces délais sont donnés à titre indicatif, les durées de conservation peuvent être allongées afin de respecter nos dispositions légales et réglementaires applicables.

Où sont conservées vos données personnelles?
Le Groupe Matmut privilégie le stockage au sein de l'Union européenne.
Par principe, nous privilégions l'hébergement et le traitement de vos données personnelles en France ou au sein de l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE).
Toutefois, des données personnelles peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors de l'UE et de l'EEE pour les finalités de traitement précitées.

Nous nous assurons dans ce cas que ce transfert est effectué en conformité avec la réglementation applicable et qu'un niveau de protection adéquat afin de respecter votre vie privée est assuré : en recourant par exemple à des clauses contractuelles types de la commission européenne ou en transférant dans un pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat.
Certaines données personnelles, strictement nécessaires à la mise en oeuvre de vos garanties contractuelles, peuvent aussi être transmises hors de l'UE et de l'EEE dans le cadre de l'exécution d'un contrat.

Comment sont sécurisées vos données personnelles?
Le Groupe Matmut met en oeuvre les mesures de sécurité adaptées.
Nous veillons à mettre en oeuvre les mesures de sécurité adaptées afin d'assurer un niveau de protection élevé de vos données personnelles.
Le Groupe Matmut a nommé un Délégué à la protection de données (DPO) qui est l'interlocuteur référant de l'entreprise pour tout ce qui est lié à la protection des données personnelles.

Le DPO du Groupe Matmut conseille et coordonne les actions permettant d'assurer le bon traitement des données personnelles, et intervient également, auprès des collaborateurs, afin d'assurer la conformité des pratiques à la réglementation.

En collaboration avec le responsable de la sécurité des systèmes d'information du Groupe Matmut, le DPO du Groupe Matmut s'assure de la mise en place des moyens et des actions de mise en conformité à la réglementation en vue de garantir la sécurité, l'intégrité et la confidentialité de vos données personnelles notamment afin de les protéger contre toute perte, destruction accidentelle, altération et accès non autorisé.

Nous limitons l'accès à vos données personnelles aux seules personnes habilitées. Elles ne sont traitées par ces personnes que sur nos instructions et sont protégées par une clause de confidentialité.

Nous exigeons de nos sous-traitants qu'ils appliquent des règles strictes en matière de protection des données personnelles en conformité avec les lois et réglementations applicables, tant françaises qu'européennes.

Vous aussi soyez acteur de la sécurité de vos données personnelles.

Pour cela, nous vous recommandons de :
- protéger le mot de passe de votre espace personnel et de ne le communiquer à personne ;
- vous déconnecter avant de quitter votre espace personnel, si vous partagez votre ordinateur ;
- être vigilant quant aux emails et aux appels malveillants visant à obtenir des informations personnelles pour en faire un usage frauduleux ;
- appliquer les mises à jour de sécurité de votre système d'exploitation (Windows, Android, iOS…) ou des applications qui sont sur votre appareil.

Quels sont vos droits? Comment les exercer?
Le Groupe Matmut vous informe en toute transparence.
Vous disposez sur vos données personnelles des droits :
- d'accès, pour obtenir les informations relatives aux traitements de vos données personnelles et la communication d'une copie de ces données ;
- de rectification de données personnelles que vous considérez inexactes ou incomplètes ;
- d'effacement, pour obtenir la suppression de vos données personnelles, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (article 17 du RGPD) ;
- de limitation des traitements de vos données personnelles à leur seule conservation, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (article 18 du RGPD) ;
- d'opposition, vous permettant de vous opposer à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à tout traitement de vos données personnelles, sauf lorsque le responsable du traitement démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur vos intérêts, droits et libertés ou que le ou les traitements demeurent nécessaires pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Lorsque les données à caractère personnel sont traitées à des fins de prospection, vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à de telles fins de prospection, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.
- 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. Vous pouvez demander, soit à les récupérer dans un format structuré, soit à nous demander de les communiquer directement à un autre responsable de traitement.

Lorsque votre consentement a été recueilli pour un traitement de vos données personnelles, vous pouvez retirer votre consentement à ce traitement à tout, sans remettre en cause les traitements effectués préalablement à ce retrait.

Vous pouvez enfin faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques vous concernant ou vous affectant de manière significative de façon similaire, lorsque cette décision :
- est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat nous liant ;
- est fondée sur le consentement explicite de la personne concernée.

Vous avez alors le droit d'obtenir des informations relatives à cette prise de décision, de la contester le cas échéant et d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits :
- par courrier électronique : dpd@matmut.fr ;
- par courrier postal :
  Matmut à l'attention du délégué à la protection des données
  66, rue de Sotteville 76100 Rouen,
  en justifiant de votre identité.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de 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 gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Néanmoins, nous pouvons toujours vous téléphoner lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

À propos des cookies

Afin d'améliorer votre expérience, nous utilisons des cookies pour vous fournir une connexion sûre, collecter des statistiques en vue d'optimiser les fonctionnalités du site et en adapter le contenu et vous proposer des offres et des services adaptés à vos centres d'intérêt.

ARTICLE 20

Communication d'informations ou de documents 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

Vos services exclusifs : toute votre mutuelle en ligne sur matmut.fr ou sur votre téléphone mobile

21-1 Votre espace personnel sur matmut.fr

Accéder à l'espace personnel et se connecter à l'aide des identifiants qui vous sont adressés par courrier.

Les e-services :
- **l'info remboursement** pour recevoir un email ou un SMS dès qu'un remboursement est effectué ;
- **l'info relevé de prestations** pour être informé par email ou SMS lorsqu'un nouveau relevé est disponible ;
- **le dépôt de pièces justificatives** pour obtenir un remboursement plus rapidement ou transférer un document administratif.

Vos garanties Santé en direct :
- visualiser **le détail de vos garanties ;**
- suivre **vos remboursements ;**
- retrouver **vos documents échangés avec la Mutuelle Ociane Matmut et vos documents contractuels ;**
- **ajouter un bénéficiaire ;**
- **simuler une prise en charge** en optique ou dentaire avant d'engager une dépense lourde.

Les services + :
- **localiser un professionnel de santé partenaire Itélis (opticiens, audioprothésistes, ostéopathes…) ;**
- **joindre un médecin gratuitement, 24 h/24 et 7 j/7** avec le service de téléconsultation Medaviz ;
- **se former aux gestes de premiers secours avec Salvum ;**
- **obtenir un deuxième avis médical en cas de problème de santé grave** avec deuxiemeavis.fr ;
- **reprendre une activité physique, retrouver un poids d'équilibre, gérer son stress, améliorer son sommeil, accompagner les parents d'enfants en situation de surpoids ou encore les femmes à vivre sereinement leur ménopause…** avec les programmes Metacoaching ;
- **se faire livrer des médicaments sur ordonnance 7 j/7 24 h/24.**

Un service d'achat en ligne de lunettes pour réduire le reste à charge !

21-2 Itelis

Grâce au réseau Itelis, vous profitez d'avantages tarifaires et de services de qualité en toute confiance.

Nous proposons :

- **des tarifs préférentiels ;**
- **des services de qualité :**
  - des verres rigoureusement séléctionnés,
  - un très large choix de montures de marque,
  - des garanties après-vente performantes ;
- **un accompagnement digital personnalisé :**
  - des tests de la vue en ligne,
  - **l'accès au service 100 % Bien vu :** une offre entièrement digitale proposant des équipements de classe A avec **un choix très large choix de plus de 300 montures** intégralement pris en charge et la possibilité de choisir une seconde paire à partir de 1 €,
  - un parcours en ligne avec **essayage virtuel et prise de mesures en réalité augmentée ;**
- **la proximité :**
  - avec un réseau d'envergure nationale,
  - des opticiens à domicile via le réseau Optical Center Mobile : un véhicule ultra-équipé se déplace sur le lieu de votre choix et vous propose tous les services Itelis comme en boutique.

21-3 Réseau audio

Nous proposons :

- **des tarifs négociés :**
  - des tarifs préférentiels proposés sur des appareils de marque exclusivement,
  - jusqu'à 15 % d'économie sur les aides auditives (soit une réduction pouvant aller jusqu'à 500 € pour un appareillage de marque sur lest deux oreilles),
  - à partir de 15 % d'économie sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones…),
  - à partir de 10 % d'économie sur les produits d'entretien ;
- **des services adaptés :**
  - un accompagnement personnalisé,
  - un suivi complet de l'appareillage durant toute la durée de vie de l'aide auditive, même en cas de déménagement, avec des rendez-vous de contrôle réguliers après la délivrance de l'équipement,
  - des garanties après-vente performantes,
  - des tests de l'ouïe en ligne ;
- **une réelle proximité :**
  - plus de 3 600 audioprothésistes partenaires agréés répartis sur toute la France,
  - une géolocalisation pour trouver rapidement le professionnel de santé proche de chez vous.

21-4 Réseau médecines douces

Nous proposons :

- **des services avantageux :**
  - une sélection rigoureuse pour un référencement de qualité sur tout le territoire,
  - un accès facilité grâce à la plate-forme permettant de choisir son professionnel selon divers critères (lieu de consultation, spécialité, tarifs maximum de consultation…),
  - des ostéopathes et chiropracteurs disponibles en cabinet et à domicile, y compris le soir et le week-end,
  - des psychologues et diététiciens disponibles en cabinet ;
- **une proximité :**
  - un réseau développé composé de 1 200 ostéopathes et chiropracteurs, 400 psychologues spécialisés en thérapies comportementales cognitives et 150 diététiciens,
  - une géolocalisation pour trouver rapidement le professionnel de santé proche de chez moi.

Itelis est une marque d'Isea.
Isea SA à directoire et conseil de surveillance au capital de 5 452 135,92 € - Immeuble « Le Diapason » - 218, avenue Jean-Jaurès 75916 Paris CEDEX 19 - 440 358 471 RCS Paris.

21-4 Salvum, un service de prévention en ligne

La Mutuelle Ociane Matmut met à votre disposition, Salvum, une application ludo-éducative accessible sur PC et smartphone (iOs et Android) de formation au secourisme qui permet de valider la partie théorique du PSC1*.

Vous pourrez ainsi apprendre ou réapprendre selon vos disponibilités l'ensemble de la partie théorique liée à la formation aux premiers secours de manière ludique, rapide, et sans avoir à se déplacer !

Une formation reconnue.
Salvum a été plusieurs fois récompensé :

- prix m-santé patient/grand public aux Trophées de l'e-santé en 2016 ;
- le « Sceau de l'Excellence » de la Commission européenne ;
- le process Salvum est conforme aux directives du ministère de l'Intérieur (agrément obtenu en 2015).

Une formation ludique et engageante.
Salvum présente une ergonomie comparable à celle d'un jeu, avec des visuels efficaces et simples : « Dans le monde du secourisme, il s'agit de sauver un maximum de vies ».

L'accès à ce service se fait depuis la rubrique « Mes partenaires santé » de votre espace personnel sur matmut.fr. Inscrivez-vous sur votre espace personnel pour bénéficier de l'offre et recevoir vos codes en cliquant sur « Se connecter » Après la formation, une attestation valide l'obtention de la partie théorique du PSC1.

Salvum : formation en ligne de secourisme. Décision d'agrément N° PSC1 - 1711 A 90 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.

* L'attestation prévention et secours civiques de niveau 1 est la formation de base aux premiers secours en France. Définie par arrêté interministériel des ministères de l'Intérieur et de la Santé, elle est délivrée par les associations agréées et organismes habilités.

Medaviz

21-5 Medaviz, votre service de téléconsultation

La Mutuelle Ociane Matmut met à votre disposition un nouveau service téléconsultation, Medaviz, qui vous permet d'appeler le professionnel de santé de votre choix instantanément et 24 h/24 et 7 j/7 !

Une utilisation simple.
Deux moyens sont à votre disposition pour contacter rapidement un médecin :
- en composant le 09 74 59 12 12 (numéro non surtaxé) ;
- en utilisant l'application « Medaviz ».

Une démarche sûre.
Tous les professionnels Medaviz sont diplômés en France et inscrits à l'Ordre de leur spécialité.

Un service qui présente de nombreux atouts :
- consultation gratuite ;
- réponse immédiate et gain de temps : pas besoin de rendez-vous, les médecins Medaviz sont accessibles en temps réel 24 h/24 et 7 j/7 ;
- Accès à de nombreuses spécialités médicales : généralistes, pédiatres, psychologue, sages-femmes, pharmaciens…

Pour accéder à ce service, connectez-vous à votre espace personnel sur matmut.fr, rubrique « Ma mutuelle santé > Mes partenaires santé ».

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.

META COACHING

21-6 Metacoaching, le coaching santé en ligne (sous réserve que cette garantie soit incluse dans votre contrat)

Programmes de coaching santé basés sur les thérapies comportementales et cognitives et traitant les thématiques suivantes vous sont proposés :
- **perdre du poids durablement,** sans régime, en améliorant votre alimentation ;
- **traiter l'insomnie** et retrouver le sommeil naturellement ;
- **gérer votre stress** entre votre vie personnelle et professionnelle ;
- **reprendre une activité physique** avec des exercices adaptés à votre niveau ;
- **améliorer votre équilibre** physique et mental ;
- **retrouver votre vitalité -** Spécial Covid long - aider les parents d'enfants en situation de surpoids - accompagner les femmes à vivre sereinement leur ménopause…

Chaque programme comporte :
- des outils et des défis ;
- des exercices adaptés pour progresser au quotidien ;
- des espaces communautaires (chats, blogs, forums) ;
- l'assistance d'un coach psychologue ou coach diététicien par email (gratuit) ou lors d'un entretien téléphonique approfondi (payant).

L'inscription aux programmes se fait à partir de l'espace personnel sur matmut.fr, rubrique « Mes partenaires santé » et n'est possible qu'à partir de la date d'effet de l'adhésion. Un identifiant et un mot de passe personnalisable sont alors envoyés par email à la personne inscrite. Ces codes d'accès sont propres à chaque personne inscrite et valables pour les 6 programmes.

Le service de coaching santé en ligne est délivré par la société : MetaCoaching : SAS au capital social de 383 299 € - 513 782 003 RCS Paris - Siège social : 65, rue Saint-Charles 75015 Paris.

deuxieme avis.fr

21-8 Le service deuxiemeavis.fr

Le service deuxiemeavis.fr permet d'obtenir un deuxième avis médical auprès d'un médecin expert en cas de maladie complexe ou invalidante **en moins de 7 jours.**

Les avantages du service deuxiemeavis.fr :
- vous obtenez l'avis d'un expert de votre maladie en moins de 7 jours ;
- le service est gratuit et vos données sont entièrement sécurisées ;

- vous participez pleinement à la prise de décision médicale avec toutes les informations nécessaires ;
- vous recevez un compte-rendu écrit, argumenté et signé pour échanger avec le médecin ou l'équipe traitante ;
- vous avez accès à des fiches d'informations détaillées sur plus de 300 pathologies validées par des médecins experts référencés.

Pour accéder à ce service, connectez-vous à votre espace personnel sur matmut.fr, rubrique « Ma mutuelle santé > Mes partenaires santé ».

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.

21-9 Livmed's, le service de livraison de médicaments à domicile

La Mutuelle Ociane Matmut met gratuitement à votre disposition Livmed's, un service de livraison de médicaments sur ordonnance à domicile, 24 h/24 et 7 j/7, en 30 min (pour toutes commandes passées auprès d'une pharmacie partenaire dans un rayon de 20 km).

L'application Livmed's permet l'accès aux soins pour les personnes dans l'incapacité de se déplacer (immobilisation, maladie, enfants en bas âge…).

Les avantages de Livmed's :
- bénéficier d'un service de livraison rapide, sécurisé et en 24 h/7 j ;
- la livraison gratuite dans un rayon de 20 km (au-delà, 1 € supplémentaire par kilomètre à la charge de l'adhérent) ;
- la livraison jusqu'à 30 km,au-delà de 30 km livraison à J+1 ;
- 3 livraisons par an par contrat ;
- la possibilité d'ajouter un produit de parapharmacie à sa commande qui sera à régler par l'adhérent.

Un service de confiance :
- importer votre ordonnance, votre carte vitale et carte de tiers payant ;
- saisir votre adresse de livraison ;
- suivre en direct votre livraison depuis l'application ;
- en cas de reste à charge, vous pourrez payer directement en ligne par carte bancaire;
- pour accéder à ce service, connectez-vous à votre espace personnel sur matmut.fr, rubrique « Ma mutuelle santé > Mes partenaires santé ».

Livmed's : Société par Actions Simplifiée (SAS) au capital social de 67 114 €, inscrite au RCS de Nice sous le n° Siren 881 600 456. Siège social : 1, avenue de Suède 06000 Nice.

ARTICLE 22

Votre garantie Protection Juridique Santé

Accédez à une garantie juridique complète

Afin de vous aider au mieux en cas de litiges, une garantie Protection Juridique est incluse dans votre contrat. Elle est composée :
- d'une assistance juridique par téléphone qui vous permet d'obtenir des réponses aux questions juridiques de toute nature (hors droit du travail) que vous vous posez dans le cadre de votre vie privée ;
- d'une Protection Juridique Santé qui vous apporte une aide juridique et financière dans les 4 domaines suivants :
  - recours médical : accident médical,
  - mesures de protection des personnes majeures : mesure de protection prise ou envisagée,
  - consommation santé : équipements médicaux, travaux d'aménagement du domicile ou du véhicule,
  - protection sociale santé : organisme de Sécurité sociale, ou en charge de l'attribution d'allocations ou de la délivrance de cartes spécialisées.

Prestations 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.

Les conditions de mise en œuvre de la garantie et les modalités d'intervention vous sont expliquées aux articles 2.3 et 3.3 de la notice d'information qui vous a été remise par votre employeur.

ARTICLE 23

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 - Ggroupement 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 433240991, ci-après dénommé « Assistance Matmut ».

Ce document est délivré en complément des dispositions des statuts régissant la Mutuelle Ociane Matmut.

23-1 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 Matmut en cours de validité.

23-2 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 1re 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.

23-3 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 Matmut pour tout événement survenu ultérieurement.

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.

23-4 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 0800 30 20 30 (appel et service gratuits).**
Pour les personnes sourdes ou malentendantes **par SMS au 0677900437.**
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.

23-5 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.*

23-6 Garanties d'assistance santé

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

En cas d'hospitaliation 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 1er 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 assumer.

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 à 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 1er 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, effectue 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 précédent 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 1er 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 1re 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 1re 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 1er 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 hémiplégie 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.

N. B. : 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.

MUTUELLE OCIANE
matmut

Mutuelle Ociane Matmut
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

02 35 03 68 68

Crédit photo couverture : © Westend61 - Getty Images