



Santé

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE

CONDITIONS GÉNÉRALES

Conditions Générales

Contrat collectif santé à adhésion obligatoire

Sommaire

Lexique	Page 3	
CHAPITRE I	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	Page 7
Article 1 -	Objet du contrat	Page 7
Article 2 -	Dispositif réglementaire	Page 7
Article 3 -	Date d'effet et durée du contrat	Page 7
Article 4 -	Modification du contrat	Page 7
Article 5 -	Le salarié et ses ayants droit	Page 7
Article 6 -	Étendue territoriale	Page 8
CHAPITRE II	FONCTIONNEMENT DU CONTRAT	Page 9
Article 7 -	Formation du contrat	Page 9
Article 8 -	Obligations du souscripteur à l'égard de la mutuelle	Page 9
Article 9 -	Obligations du souscripteur à l'égard des adhérents	Page 10
Article 10 -	Affiliation des salariés et des ayants droit lors de la mise en place du contrat	Page 10
Article 11 -	Affiliation des salariés et des ayants droit postérieurement à la mise en place du contrat	Page 10
Article 12 -	Ajout ou suppression d'un ayant droit	Page 10
Article 13 -	Réticence et fausse déclaration intentionnelle	Page 11
Article 14 -	Radiation d'un adhérent	Page 11
Article 15 -	Changement de niveau de garanties	Page 11
Article 16 -	Cotisations	Page 11
Article 17 -	Résiliation du contrat	Page 13
CHAPITRE III	PRESTATIONS GARANTIES	Page 14
Article 18 -	Bases et limites des remboursements	Page 14
Article 19 -	Libre choix	Page 14
Article 20 -	Tiers payant	Page 14
Article 21 -	Documents d'ouverture de droits	Page 14
Article 22 -	Contrôle médical des prestations	Page 14
Article 23 -	Description des prestations	Page 15
Article 24 -	Limites appliquées aux remboursements	Page 15
Article 25 -	Risques exclus	Page 15
Article 26 -	Couverture des accidents	Page 15
Article 27 -	Subrogation	Page 16
Article 28 -	Prescription	Page 16
Article 29 -	Forclusion	Page 16
CHAPITRE IV	DISPOSITIONS DIVERSES	Page 17
Article 30 -	Le traitement des réclamations	Page 17
Article 31 -	Protection des données personnelles	Page 18
Article 32 -	Communication d'informations ou de documents sur support durable	Page 19

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.

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.

Assurance Maladie Obligatoire

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

Auxiliaires médicaux

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

Avenant

Document constatant une modification de votre contrat.

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 individuel d'affiliation.

Base de Remboursement (BR)

Tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la Sécurité sociale et celui de la mutuelle. Il s'agit de :

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

La Base de Remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Bénéficiaire

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

Carte Vitale®

La carte Vitale® est la carte d'assuré social. Elle atteste de l'affiliation de l'assuré social à son régime obligatoire et de ses droits à l'Assurance Maladie. Dite aussi « carte à puce », elle contient tous les renseignements administratifs nécessaires au remboursement des soins médicaux 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).

Conjoints

Les personnes : mariées, unies par un pacte civil de solidarité (PACS) ou encore 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 ou d'un collège déterminé (ou d'une catégorie professionnelle) en vue de les 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.

Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

Protection complémentaire gratuite accordée sous conditions de ressources et de résidence pendant un an.

La demande de CMU Complémentaire doit être faite auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui décide de son attribution. Pour pouvoir y prétendre, le demandeur doit résider en France de manière stable et être en situation régulière.

Selon le choix effectué par l'assuré, la CMU Complémentaire peut être gérée soit par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, soit par un organisme complémentaire de protection sociale inscrit sur la liste nationale agréée par la Mission Nationale de Contrôle et d'Audit des organismes de Sécurité sociale.

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.

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...).

Forfaits et plafonds

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

Le montant des forfaits annuels ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1^{er} janvier de chaque année sauf en ce qui concerne le forfait optique 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 montant des forfaits semestriels se renouvelle au 1^{er} juillet et au 1^{er} janvier de chaque année.

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

Forfait journalier ou hospitalier

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

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 CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Honoraires médicaux

Rémunération d'un professionnel de santé.

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.

Nomenclature

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

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

Notice d'information

Il s'agit du 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 décrit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Il précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice ainsi que les statuts de mutuelle à chaque adhérent. Lorsque les modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'informer chaque adhérent en lui remettant une nouvelle notice. La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

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. La garantie accordée est nulle.

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.

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 6^e mois de grossesse et les bénéficiaires de la CMU Complémentaire 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 euros, 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...).

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.

Radiation

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

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.

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.

Souscripteur

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

Subrogation

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

Support durable

Constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité 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.

Surcomplémentaire

Une surcomplémentaire santé est un renforcement facultatif de garanties qui vient compléter un contrat de complémentaire santé initial et permet ainsi de limiter le reste à charge pour certaines dépenses onéreuses.

Tacite reconduction

Renouvellement automatique du contrat à son échéance annuelle, s'il n'a pas fait l'objet d'une résiliation selon les formes et dans les délais prévus aux Conditions Générales et Particulières.

Tarif de responsabilité

Cf. définition Base de Remboursement.

Tarif forfaitaire de responsabilité

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

Ticket modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de 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.

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 la mutuelle règlent directement les professionnels de santé qui le pratiquent et avec lesquels des conventions ont été passées.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE

1

Objet du contrat

Le contrat collectif obligatoire a pour objet de faire bénéficier les salariés du souscripteur tels que définis à l'article 5, d'une garantie complémentaire santé. Cette garantie s'exerce conformément aux dispositions légales en vigueur et aux statuts de la Mutuelle **Ociane** dont le souscripteur déclare expressément avoir pris connaissance et qui définissent les règles de participation des membres au fonctionnement de la mutuelle.

En application de l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité et en complément des règles statutaires, les Conditions Générales du contrat ont pour but de déterminer les droits et obligations résultant d'opérations collectives entre le souscripteur et la mutuelle. Elles définissent notamment le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les modifications des statuts de la Mutuelle **Ociane** s'appliquent de plein droit au souscripteur ainsi qu'aux membres participants dans les conditions prévues à l'article 57 des statuts.

ARTICLE

2

Dispositif réglementaire

2-1 QUALIFICATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat respectent l'ensemble des dispositions régissant les contrats responsables au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application.

2-2 TIERS PAYANT

Les garanties du contrat bénéficient du tiers payant dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

2-3 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, pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail sans pouvoir excéder 12 mois.

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

2-4 MAINTIEN DES GARANTIES - RÉGIME D'ACCUEIL LOI ÉVIN

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

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

ARTICLE

3

Date d'effet et durée du contrat

La date d'effet du contrat, son échéance principale, sa durée ainsi que les modalités de son renouvellement par tacite reconduction sont fixées aux Conditions Particulières.

ARTICLE

4

Modification du contrat

Toute modification du contrat est constatée par un avenant aux Conditions Particulières signé par les parties qui précise la date d'effet de cette modification. Cette modification peut donner lieu à une information aux adhérents sous la responsabilité de l'entreprise et, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle Notice d'information.

ARTICLE

5

Le salarié et ses ayants droit

5-1 LE SALARIÉ

Sous réserve des cas de dispense, l'ensemble des salariés appartenant à un collège (ou une catégorie professionnelle) défini aux Conditions Particulières du contrat, deviennent membres participants de la mutuelle.

Les salariés bénéficient alors des prestations définies au contrat dans les conditions et limites définies aux Conditions Générales et Particulières et en ouvrent, **le cas échéant**, le bénéfice à leurs ayants droit dès lors qu'ils sont inscrits sur le bulletin individuel d'affiliation.

Les salariés adhérents d'un même collège bénéficient tous du même niveau de garanties au titre du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'employeur.

5-2 LES AYANTS DROIT

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, le concubin ou le partenaire lié à l'adhérent par un PACS,
- les enfants célibataires jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle a lieu leur 28^e anniversaire et toute personne inscrite comme bénéficiaire du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie de l'adhérent, de son conjoint ou du partenaire lié à l'adhérent par un PACS. La limite d'âge prévue pour les enfants célibataires ne s'applique pas aux enfants bénéficiant des allocations pour personnes handicapées,
- toute personne à la charge de l'adhérent selon la définition qu'en donnent les Conditions Particulières du contrat collectif.

Les ayants droit bénéficient du même niveau de garantie que l'adhérent.

Chaque adhérent peut opter pour lui-même et, le cas échéant, pour ses ayants droit pour un même niveau de garanties supérieur à titre facultatif qu'il spécifie sur le bulletin individuel d'affiliation.

Les enfants, à partir du troisième, sont dispensés du paiement de la cotisation, lorsqu'ils sont tous à charge, et ce jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils perdent cette qualité.

L'adhérent et ses ayants droit, tels que définis ci-dessus, doivent relever d'un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Maternité français.

Toute modification, en cours de contrat, de la situation du membre participant ou de sa famille, telle que figurant sur le bulletin individuel d'affiliation, doit être signalée immédiatement à la mutuelle.

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 6

Étendue territoriale

Les garanties s'exercent en France métropolitaine ainsi que dans les Départements et Régions français d'Outre-Mer.

Elles s'appliquent également aux soins effectués à l'étranger, étant précisé que l'intervention de la mutuelle est toujours subordonnée à celle préalable de l'Assurance Maladie Obligatoire française.

Les prestations sont toujours payées en France et en euros.

FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

ARTICLE 7

Formation du contrat

Le contrat est établi sur la base des déclarations du souscripteur ; celui-ci doit répondre en toute sincérité aux questions qui lui sont posées par la mutuelle au moment de la souscription et qui figurent sur le formulaire de demande d'adhésion.

Les éléments constitutifs du contrat sont : les statuts de la mutuelle, la demande d'adhésion, les Conditions Particulières et les Conditions Générales. Pour des raisons pratiques, la demande d'adhésion et les Conditions Particulières forment parfois un seul et même document.

La mutuelle établit une Notice d'Information. Celle-ci est remise à chaque participant par le souscripteur qui conserve la preuve de cette remise.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le souscripteur doit affilier au contrat l'ensemble des salariés du collègue (ou de la catégorie professionnelle) désigné aux Conditions Particulières sous réserve des cas de dispense.

Absence d'effectif cotisant : lorsqu'un contrat ne couvre plus aucun effectif salarié actif dans l'entreprise, la mutuelle a la faculté de le résilier dès qu'elle en est informée. La résiliation est notifiée au souscripteur ou à son représentant par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet à réception de cette lettre.

ARTICLE 8

Obligations du souscripteur à l'égard de la mutuelle

8-1 À LA SOUSCRIPTION

Lors de la souscription du contrat, le représentant légal de l'entreprise (ou toute personne habilitée) signe un formulaire de demande d'adhésion permettant l'identification du souscripteur et de son représentant : raison sociale, siège social, numéro SIRET, convention collective, nom du représentant légal. La demande d'adhésion précise les garanties souscrites, la date d'effet souhaitée et la durée du contrat, le ou les collègues (ou catégories professionnelles) concernés par l'adhésion, la nature de l'acte juridique instaurant le régime, le montant et les modalités de paiement des cotisations.

En outre, le souscripteur s'engage à fournir :

- **pour une société commerciale** : un extrait du registre du commerce datant de moins de trois mois,
- **pour une association** : une copie des statuts et un récépissé de déclaration à la préfecture,
- **pour une entreprise en nom personnel** : si l'entrepreneur est un commerçant, un extrait du registre du commerce datant de moins de trois mois et s'il est artisan, un extrait du répertoire des métiers datant de moins de trois mois.

Ces informations sont reportées dans les Conditions Particulières ; le souscripteur en confirme l'exactitude par la signature de son représentant et s'engage à informer **Ociane Groupe Matmut** des changements ultérieurs.

Concernant les salariés, le souscripteur doit fournir à la mutuelle les bulletins individuels d'affiliation régularisés par chaque salarié bénéficiaire des garanties, accompagnés des documents suivants :

- pour tous les bénéficiaires : une photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale®,
- en l'absence de précompte sur les garanties optionnelles : un mandat de gestion SEPA par adhérent pour le paiement des cotisations par prélèvement,
- le relevé d'identité bancaire du compte où seront versées les prestations, si celui-ci est différent de celui prévu pour le règlement des cotisations,
- le relevé d'identité bancaire des ayants droit s'ils perçoivent les prestations sur leur propre compte bancaire,
- pour les enfants (ou ceux du conjoint) de 18 ans et plus : un certificat de scolarité, la photocopie du contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, de qualification...) et/ou une attestation de handicap,
- pour les enfants adoptés (ou ceux du conjoint) : la photocopie du jugement d'adoption rédigé en langue française ou certificat de placement préalable à ladite adoption dans une famille d'accueil,
- pour tout nouveau-né : un extrait d'acte de naissance ou la photocopie de la page correspondante du livret de famille.

8-2 EN COURS DE CONTRAT

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le souscripteur doit affilier au contrat tout nouveau salarié du collègue (ou de la catégorie professionnelle) désigné aux Conditions Particulières. À cet effet, le souscripteur doit adresser à la mutuelle le bulletin individuel d'affiliation de ce dernier accompagné de l'ensemble des justificatifs cités ci-dessus.

À l'occasion d'une modification du contrat, le représentant légal de l'entreprise (ou toute personne habilitée) signe un formulaire de **demande d'avenant** comportant les informations actualisées de même nature que lors de la souscription. Un document d'identification de l'entreprise (extrait K Bis) datant de moins de trois mois doit également être fourni par le souscripteur.

Par ailleurs, le souscripteur doit informer la mutuelle de tout changement intervenant dans sa situation juridique ou économique : changement d'adresse du siège social, modification de l'objet social de l'entreprise ou changement significatif de son activité, fusion, ouverture d'une procédure collective.

Obligations du souscripteur à l'égard des adhérents

Le souscripteur est tenu :

- d'affilier l'ensemble des salariés concernés par le contrat,
- de leur remettre les statuts de la mutuelle et la Notice d'information détaillée établie par la mutuelle définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour le versement des prestations,
- d'informer les assurés des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations et de leur remettre la nouvelle Notice d'information établie par la mutuelle,
- d'informer les adhérents des évolutions tarifaires annuelles.

La preuve de la remise de la Notice d'information aux assurés et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

Affiliation des salariés et des ayants droit lors de la mise en place du contrat

10-1 DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION DES SALARIÉS PRÉSENTS DANS L'ENTREPRISE AU MOMENT DE LA MISE EN PLACE DU CONTRAT

Sous réserve des cas de dispense, l'affiliation 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.

10-2 DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION DES AYANTS DROIT DÉSIGNÉS SUR LE BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION LORS DE LA MISE EN PLACE DU CONTRAT

L'affiliation des ayants droit dépend de celle des salariés auxquels ils sont rattachés ; elle prend effet dans les mêmes conditions.

10-3 DATE D'EFFET DES GARANTIES OPTIONNELLES

Si l'employeur a souscrit un niveau de garantie supérieur facultatif 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 optionnelles ne prennent effet qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Par la suite, le changement de niveau de garanties optionnelles, n'est possible qu'après douze mois au moins de présence dans la garantie en cours.

Les options facultatives sont décrites sur le tableau des garanties. Les ayants droit de l'adhérent peuvent bénéficier à titre facultatif des garanties optionnelles 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).

Affiliation des salariés et des ayants droit postérieurement à la mise en place du contrat

Cet article concerne les salariés qui intègrent l'entreprise ou le collège couvert postérieurement à l'entrée en vigueur du contrat collectif.

11-1 DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION DES SALARIÉS QUI INTÈGENT L'ENTREPRISE OU LE COLLÈGE COUVERT POSTÉRIEUREMENT À LA MISE EN PLACE DU CONTRAT

Sous réserve des cas de dispense, l'affiliation prend effet à la date d'embauche ou à la date de mutation dans le collège couvert.

11-2 DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION DES AYANTS DROIT DÉSIGNÉS SUR LE BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION POSTÉRIEUREMENT À LA MISE EN PLACE DU CONTRAT

L'affiliation des ayants droit dépend de celle des salariés auxquels ils sont rattachés ; elle prend effet dans les mêmes conditions.

Ajout ou suppression d'un ayant droit

12-1 AFFILIATION D'UN AYANT DROIT SUPPLÉMENTAIRE

Conditions de l'affiliation d'un ayant droit supplémentaire

L'affiliation d'un ayant droit supplémentaire est possible à tout moment dans l'année, **sous réserve qu'il réponde aux conditions d'éligibilité définies à l'article 5 et que soient fournies les pièces justificatives visées à l'article 8-1.**

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

12-2 RADIATION D'UN AYANT DROIT DE LA LISTE DES BÉNÉFICIAIRES

Conditions de la radiation

La radiation d'un ayant droit de la liste des bénéficiaires est possible à condition de respecter un délai de préavis de deux mois avant l'échéance principale, ou à tout moment dans l'année **dans les cas suivants** :

- décès, sur présentation du certificat de décès,
- adhésion à un contrat collectif à caractère obligatoire, sur présentation d'une attestation de l'employeur justifiant du caractère obligatoire de ce contrat,
- changement de statut matrimonial du participant (divorce, séparation) sur présentation d'une déclaration sur l'honneur,
- départ à l'étranger, sur présentation d'une attestation délivrée par l'employeur, ou d'un justificatif de départ ou d'une déclaration sur l'honneur,
- bénéfice de la CMU-C.

Date d'effet de la radiation

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 1^{er} 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 CMU-C.

Suppression des enfants de la liste des bénéficiaires

Les garanties dont bénéficient, les enfants à titre d'ayants droit, leur sont maintenues jusqu'à l'échéance annuelle qui suit leur 28^e anniversaire. **Ils cessent d'être garantis à cette date.**

En tout état de cause, les droits des ayants droit sont suspendus ou cessent en même temps que ceux du membre participant.

ARTICLE 13

Réticence et fausse déclaration intentionnelle

Lorsque les informations communiquées par un membre participant traduisent une réticence ou constituent une fausse déclaration intentionnelle, la mutuelle peut, dans les conditions prévues à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité, prononcer la nullité de la garantie.

ARTICLE 14

Radiation d'un 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 collègue (ou une catégorie professionnelle) non garanti au titre du contrat. Toutefois, l'adhérent peut demander le maintien des garanties en application des articles 2-3 et 2-4 des présentes Conditions Générales,
- 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 collègue (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.

ARTICLE 15

Changement de niveau de garanties

15-1 CHANGEMENT DU NIVEAU DE GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

L'entreprise peut demander, conformément aux dispositions de l'acte instaurant le régime de prévoyance Frais de santé et de ses avenants, le changement de niveau de garanties du contrat collectif obligatoire.

Sous réserve de dispositions particulières résultant de l'acte instaurant le régime de prévoyance Frais de santé et de ses avenants, la modification prend effet à l'échéance principale moyennant un préavis de deux mois.

L'entreprise est responsable de l'information préalable due aux salariés concernés.

15-2 CHANGEMENT DE NIVEAU DES GARANTIES OPTIONNELLES

Chaque adhérent peut opter pour une amélioration ou une diminution des garanties optionnelles. Il peut choisir l'un des niveaux supérieurs mentionnés aux tableaux de garanties annexés aux Conditions Particulières. Les ayants droit bénéficient du même niveau de garantie que l'adhérent. Les conditions d'augmentation ou diminution de ce niveau de renforcement facultatif sont détaillées à l'article 10-3 et dans la Notice d'information.

15-3 CHANGEMENT DE COLLÈGE ENTRAÎNANT UN CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIE

La modification ainsi que les nouvelles garanties prennent effet à la date de modification du contrat de travail.

ARTICLE 16

Cotisations

16-1 FIXATION DE LA COTISATION

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. Les montants ou les taux sont précisés dans les Conditions Particulières. L'engagement du souscripteur est annuel.

16-2 ÉVOLUTION DE LA COTISATION

La mutuelle a la possibilité de modifier le montant ou les taux des cotisations, notamment lorsque des évolutions d'ordre législatif, réglementaire ou conventionnel sont de nature à accroître la portée de ses engagements.

16-3 REVALORISATION DE LA COTISATION

Les cotisations peuvent être revalorisées chaque année par la mutuelle en fonction de divers paramètres tels que : les résultats techniques enregistrés par la mutuelle au cours de l'exercice écoulé, les prévisions de dépense 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.

16-4 PAIEMENT DE LA COTISATION

Le paiement des cotisations relatives à la part obligatoire

Sous réserve de dispositions spécifiques figurant dans les Conditions Particulières du contrat, la cotisation est payable d'avance. Elle peut être réglée en plusieurs fractions (mensuelle, trimestrielle, semestrielle) selon les modalités choisies par le souscripteur et reprises dans les Conditions Particulières.

Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit de supprimer les facilités accordées à l'entreprise telles que : fractionnement de la cotisation, paiement à terme échu. Cette clause s'applique également en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire de l'employeur pour les cotisations dues postérieurement à la date d'ouverture de la procédure collective.

La mutuelle peut en outre appliquer des frais de recouvrement et exiger la prise en charge des frais bancaires de rejet de prélèvement ou de chèque au motif de provision insuffisante.

Le paiement des cotisations relatives à la part facultative

Sous réserve de dispositions spécifiques figurant dans les Conditions Particulières du contrat, la cotisation est payable d'avance. Elle peut être réglée en plusieurs fractions (mensuelle, trimestrielle, semestrielle) selon les modalités choisies par le souscripteur et reprises dans les Conditions Particulières.

Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit de supprimer les facilités accordées à l'entreprise telles que : fractionnement de la cotisation, paiement à terme échu. La mutuelle peut en outre appliquer des frais de recouvrement et exiger la prise en charge des frais bancaires de rejet de prélèvement ou de chèque au motif de provision insuffisante.

16-5 DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION EN CAS DE PRÉCOMPTE INTÉGRAL DE LA COTISATION PAR L'EMPLOYEUR

La mutuelle adresse à l'entreprise un appel de cotisation comportant l'intégralité de la cotisation due, obligatoire et facultative y compris la part prise en charge par le salarié.

Dans un tel cas, le défaut de paiement de la cotisation entraîne la mise en œuvre de la procédure prévue à 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. »

16-6 DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION EN L'ABSENCE DE PRÉCOMPTE DE LA COTISATION PAR L'EMPLOYEUR (GARANTIES FACULTATIVES)

La mutuelle adresse alors au salarié un appel de cotisation dont le non-paiement entraîne la mise en œuvre de la procédure prévue à 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 mise 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. »

I7-1 RÉSILIATION DU CONTRAT À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE À L'ÉCHÉANCE

La mutuelle peut résilier le contrat collectif obligatoire chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au souscripteur deux mois au moins avant la date d'échéance.

I7-2 RÉSILIATION DU CONTRAT À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE EN COURS D'ANNÉE

La mutuelle peut résilier le contrat collectif obligatoire en cours d'année pour les motifs suivants :

- **défaut d'effectif cotisant.** La résiliation s'effectue dans les conditions stipulées au dernier alinéa de l'article 7 Formation du contrat,
- **défaut de paiement.** La résiliation s'effectue dans les conditions stipulées à l'article 16 Cotisations,
- **ouverture d'une procédure collective à l'encontre du souscripteur.** Conformément à l'article L. 221-8-1 du Code de la Mutualité, la garantie subsiste en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire de l'employeur. Toutefois, en application des dispositions de l'article L. 622-13 du Code de Commerce, le contrat en cours est résilié de plein droit après mise en demeure de prendre parti sur la poursuite du contrat adressée par la mutuelle à l'administrateur et restée plus d'un mois sans réponse,
- **défaut de paiement postérieur l'ouverture d'une procédure collective.** Le contrat est résilié de plein droit en cas de défaut de paiement des cotisations dans les conditions convenues, lorsque l'administrateur a exigé l'exécution du contrat en cours avec l'accord du souscripteur.

I7-3 RÉSILIATION DU CONTRAT À L'INITIATIVE DU SOUSCRIPTEUR À L'ÉCHÉANCE

Le souscripteur peut résilier le contrat collectif obligatoire chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la mutuelle deux mois au moins avant la date d'échéance.

PRESTATIONS GARANTIES

ARTICLE 18

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 aux Conditions Particulières.

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.

ARTICLE 19

Libre choix

La mutuelle respecte le libre choix :

- du chirurgien, 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 20

Tiers payant

La mutuelle conclut, pour les prestations qu'elle garantit, les accords nécessaires afin de faire bénéficier ses adhérents du système de tiers payant.

La prise en charge directe par la mutuelle des différentes prestations intervient auprès de tous les praticiens et établissements conventionnés par la mutuelle. À cet effet, l'adhésion à la mutuelle vaut délégation permanente à la mutuelle pour encaisser en lieu et place de l'adhérent les prestations dues par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

ARTICLE 21

Documents d'ouverture de droits

Pour leur permettre de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été conclue, la mutuelle délivre à ses adhérents des documents (carte ou toute autre pièce ou dispositif) permettant l'ouverture des droits à prestations. Il en va de même pour tout service annexe, proposé par la mutuelle à ses adhérents (assistance, cartes de services, etc.). 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 heures les documents qui lui ont été délivrés.

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

- soit par transmission à la mutuelle de l'original du décompte de Sécurité sociale reçu,
- soit par prise en compte directe par télétransmission du décompte de Sécurité sociale pour ceux qui ont opté pour le système d'automatisation des échanges d'informations avec les Régimes Obligatoires (système NOEMIE),
- soit 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 l'article 28 Prescription.

Les prestations sont versées par virement bancaire ou par chèque.

ARTICLE 22

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.

Les prestations auxquelles les différentes garanties souscrites donnent droit sont décrites dans les tableaux figurant aux Conditions Particulières ainsi que dans la Notice d'information.

24-1 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.

24-2 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.

24-3 CHAMBRE PARTICULIÈRE

La mutuelle ne peut être tenue pour responsable si l'adhérent cotisant pour la garantie Chambre particulière ne peut bénéficier de cette prestation par manque de place dans l'établissement choisi.

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,
 - les séjours en maisons de santé médicales telles que définies par l'article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique, 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.*

26-1 DÉCLARATION DES ACCIDENTS

L'adhérent doit faire 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 nom et adresse 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.

26-2 INTERVENTION DE LA MUTUELLE

Pour les interventions consécutives à un accident non exclu à l'article 25, la garantie de la mutuelle intervient en complément et après épuisement de toute autre garantie souscrite auprès de tout autre organisme.

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

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

En application des dispositions de l'article 27 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 27

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.

ARTICLE 28

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle 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'adhérent contre la mutuelle 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'adhérent 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 la mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations ou, par l'adhérent à la mutuelle en ce qui concerne le règlement des indemnités.

La mutuelle et l'adhérent 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.

ARTICLE 29

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 Obligatoire d'Assurance Maladie, ou du régime complémentaire dans le cas de contrats « surcomplémentaires », ou du fait générateur motivant la demande pour les autres prestations non liées à l'intervention d'un autre régime.

30-1 RÉCLAMATIONS**MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS**

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

DÉFINITION

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

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS**Recours hiérarchique et Service « Réclamations »**Recours hiérarchique

En cas de désaccord entre l'adhérent et la mutuelle, à l'occasion de la distribution, de la gestion du présent contrat ou du remboursement d'une prestation, l'adhérent doit tout d'abord s'adresser à l'Agence ou au Service qui est à l'origine de ce désaccord, afin que toutes les explications éventuellement nécessaires vous soient apportées.

Si l'adhérent maintient sa contestation malgré ces explications, sa réclamation est soumise à la hiérarchie du décisionnaire, qui examine le bien-fondé de sa requête.

Service « Réclamations »

Si le recours hiérarchique ne permet pas de mettre un terme à ce différend, l'adhérent a la possibilité de saisir le Service « Réclamations » du *Groupe Matmut*, 66 rue de Sotteville, 76030 Rouen Cedex 1.

Délais de réponse

À chaque stade de la procédure décrite ci-avant, un courrier est adressé à l'adhérent dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de sa réclamation. Il lui fait part de la position retenue ou, si sa demande nécessite une instruction complémentaire, l'avise du délai dans lequel la décision du *Groupe Matmut* lui sera communiquée.

Sauf circonstances particulières, le *Groupe Matmut* s'engage à lui répondre au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la réception de sa réclamation.

30-2 MÉDIATIONModalités de saisine

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

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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

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

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

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

Délai de réponse

La solution proposée par le Médiateur intervient dans un délai de 90 jours à compter de l'avis attestant de la date de réception du dossier complet du litige, à moins que le Médiateur ne prolonge ce délai s'il estime que le litige est complexe.

Opposabilité

L'avis du Médiateur de l'Assurance ne lie, ni l'adhérent, ni la mutuelle, chacun conservant le droit de saisir les tribunaux.

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

Lorsque cela est nécessaire, l'adhérent est informé, au moment de leur collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations qui lui sont demandées.

Ces traitements ont pour finalités :

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

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

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

Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments définis ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement lui sera demandé.

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

Les destinataires de ces données sont :

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

Les données de l'adhérent ne sont transférées en dehors de l'Union Européenne que lorsque c'est nécessaire à l'exécution du contrat.

Les données de l'adhérent 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.

L'adhérent dispose sur ses données des droits :

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

L'adhérent dispose également d'un droit à la portabilité sur les données qu'il a communiquées à la mutuelle, données nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis.

Pour en savoir plus, l'adhérent peut se rendre sur son Espace Personnel du site matmut.fr.

L'adhérent a le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

Lorsque le consentement de l'adhérent a été recueilli pour le traitement de certaines données, il peut le retirer à tout moment.

L'adhérent peut exercer l'ensemble de ces droits auprès du *Groupe Matmut* :

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

Matmut

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

En cas de désaccord persistant concernant ses données, l'adhérent a le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :
CNIL
3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE

32

**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 des documents en vue de revenir à l'utilisation du support papier.

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité et par les dispositions statutaires fixant les rapports entre la Mutuelle **Ociane** et ses adhérents. Il est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09. Il se compose des présentes Conditions Générales ainsi que des Conditions Particulières remises lors de sa souscription et peut être complété, le cas échéant, par des conventions spéciales.

Crédit photo : © WavebreakMediaMicro - AdobeStock
CG.SAN.COLL.ADH.OBLI - 09/18



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

Siège social : 35 rue Claude Bonnier
33054 Bordeaux Cedex

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