

Travailleur Indépendant



CONTRAT D'ASSURANCE
« Matmut Santé Travailleur Indépendant »

Conditions Générales Règlement Mutualiste

Notice d'information « Matmut Santé Travailleur Indépendant » Contrat collectif à adhésion facultative

Nous accordons, soit au titre des frais de soins exposés par l'adhérent et ses ayants droit, soit au titre des prestations prévues dans l'Annexe I des présentes Conditions Générales, les garanties définies ci-après lorsque le niveau de couverture mentionné aux Conditions Particulières les prévoit.

Informations - Actualisation - Conseils			
Agence Conseil	Téléphone 02 35 03 68 68	Internet matmut.fr	Mobile mobile.matmut.fr

Sommaire

TITRE I MIEUX COMPRENDRE LE CONTRAT Page 4

Section I - Principales définitions Page 4

Lexique Page 4

Section II - Dispositions générales Page 9

Article 1 - Objet du contrat Page 9

Article 2 - Dispositif réglementaire Page 9

Article 3 - L'adhérent et ses ayants droit Page 10

Article 4 - Niveaux de prestations proposés Page 10

Article 5 - Étendue territoriale Page 11

TITRE II GARANTIES ET SERVICES PROPOSÉS Page 12

Section I - Garanties du contrat Page 12

Article 6 - Hospitalisation Page 12

Article 7 - Soins et honoraires médicaux Page 12

Article 8 - Pharmacie Page 12

Article 9 - Optique Page 13

Article 10 - Dentaire Page 13

Article 11 - Appareillages Page 13

Article 12 - Prévention et Médecines Douces Page 13

Article 13 - Protection « Gros Pépin » Page 14

Article 14 - Prime d'inscription naissance ou adoption Page 14

Article 15 - Assistance Santé Page 15

Section II - Services du contrat Page 15

Article 16 - Tiers payant Page 15

Article 17 - Action sociale Page 15

Section III - Exclusions communes à toutes les garanties Page 16

Article 18 - Risques exclus Page 16

TITRE III MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS Page 17

Article 19 - Données de santé Page 17

Article 20 - Obligations de l'adhérent Page 17

Article 21 - Étendue de nos engagements Page 17

Article 22 - Gestion de nos relations Page 18

Article 23 - Subrogation Page 19

TITRE IV	FONCTIONNEMENT DU CONTRAT	Page 20
	Article 24 - Obligations de l'adhérent	Page 20
	Article 25 - Formation et durée	Page 20
	Article 26 - Cotisation	Page 21
	Article 27 - Autres assurances	Page 22
	Article 28 - Prescription	Page 22
	Article 29 - Forclusion	Page 22
	Article 30 - Résiliation de l'adhérent	Page 23
ANNEXES		Page 25
	Annexe I - Assistance <i>Groupe Matmut</i>	Page 26
	Annexe II - Traitement des réclamations	Page 31

MIEUX COMPRENDRE LE CONTRAT

Section I - PRINCIPALES DÉFINITIONS

LEXIQUE

Ce lexique est destiné à l'adhérent afin de l'aider à mieux comprendre son contrat.

AADI

Association pour l'Assurance Des Indépendants, personne morale signataire du contrat collectif à adhésion facultative.

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.

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

Celui qui bénéficie des prestations du contrat collectif et en ouvre le droit, le cas échéant, à ses ayants droit. L'adhérent devient ainsi membre participant de la Mutuelle **Ociane**.

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.

Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

Dispositif destiné aux personnes à faibles revenus pour leur faciliter l'accès à une assurance maladie complémentaire grâce à une réduction du montant de la cotisation.

Cette aide est accordée pour un an (renouvelable) aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond ouvrant droit à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et ce plafond majoré d'un pourcentage défini par la loi. Cette aide est variable selon l'âge et la composition du foyer.

La demande d'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé doit être faite auprès de la Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire qui décide de son attribution.

Les dispositions de la loi Madelin décrites à l'article 2-4 des présentes Conditions Générales ne sont pas cumulables avec le bénéfice de l'ACS.

Appareillage

Biens médicaux figurants 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.

Assuré

Cf. définition bénéficiaire.

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...

Avenant

- Au contrat : document constatant une modification du contrat souscrit par l'AADI.
- Au bulletin d'adhésion : document constatant une modification de l'adhésion. Les Conditions Particulières valent bulletin d'adhésion.

Ayants droit

Membres de la famille de l'adhérent (son conjoint et leurs enfants à charge), bénéficiaires des garanties du contrat, désignés en cette qualité aux Conditions Particulières (voir article 3-2 des Conditions Générales).

Base de Remboursement (BR)

Tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la Sécurité sociale et celui de la Mutuelle **Ociane**. 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 aux Conditions Particulières.

Carte Vitale ®

La carte Vitale ® est votre 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 suite à la résiliation de votre contrat, permettant lors de l'adhésion à votre mutuelle d'éviter les stages.

Chiropracteur

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

Classes de risques

Critères retenus permettant de moduler la cotisation.

Pour **Matmut Santé Travailleur Indépendant**, il s'agit :

- du domicile de l'adhérent,
- de la qualité des bénéficiaires (adulte/enfant),
- du nombre d'ayants droit,
- de l'âge des bénéficiaires,
- des garanties souscrites,
- du régime obligatoire.

Notre contrat est « solidaire et responsable » au sens de la loi. La Mutuelle **Ociane** ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus.

Conditions Générales

Il s'agit du présent document pour le contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association pour l'Assurance Des Indépendants (AADI). Il précise notamment les garanties proposées ainsi que les dispositions relatives au fonctionnement du contrat. Les présentes Conditions Générales valent Notice d'information.

Conditions Particulières

Document remis pour signature formalisant l'acceptation des conditions du contrat par le souscripteur et l'adhésion à l'Association pour l'Assurance Des Indépendants pour l'adhérent travailleur indépendant.

Conjoints

Les personnes :

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

Contrat d'accès aux soins

Dispositif conventionnel permettant aux médecins signataires de modérer leurs pratiques tarifaires en améliorant la prise en charge de leurs patients.

Contrat collectif

Contrat à adhésion obligatoire ou facultative souscrit par une personne morale, par exemple l'Association pour l'Assurance Des Indépendants (AADI), en vue de couvrir ses adhérents.

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 pendant un an.

La demande de CMU-C 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-C 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.

Toutefois, la personne titulaire d'un contrat **Matmut Santé Travailleur Indépendant** a l'obligation légale de choisir la Mutuelle **Ociane** comme Organisme Complémentaire gestionnaire de sa CMU-C.

Cure thermale

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

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).

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/ou
- par période (jour/semestre/année).

Le montant des forfaits ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1^{er} janvier de chaque année sauf pour les forfaits optiques lesquels se renouvellent tous les deux ans à compter de la date d'achat du dernier équipement optique. 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 année 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.

Ociane prend en charge ce forfait.

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-C 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 au Service Médical Rendu important, modéré ou faible

- Médicaments à SMR important : remboursement à 65 % par l'Assurance Maladie.
- Médicaments à SMR modéré : remboursement à 30 % par l'Assurance Maladie.
- Médicaments à SMR faible : remboursement à 15 % par l'Assurance Maladie.

Mutuelle (la)

Nous, la Mutuelle Ociane.

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

Notice d'information

Il s'agit du présent document établi par la mutuelle à destination des travailleurs indépendants ayant souscrit un contrat collectif à adhésion facultative auprès de la mutuelle.

Nullité du contrat

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

Orthodontie

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

Ostéopathe

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

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.

Placement particulier

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 médicalisée, institut 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.

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 6^e mois de grossesse et les bénéficiaires de la CMU-C 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...).

Plafond

Cf. définition Forfaits et plafonds.

Prescription

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

Prothèses auditives ou audioprothèses

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

Prothèses dentaires

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

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

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).

Réduction des prestations

Mesure visée par la loi – article L. 221-15 du Code de la Mutualité – pour sanctionner l'adhérent ayant omis de nous déclarer tous les éléments du risque ou ayant fait une déclaration inexacte à la souscription du contrat ou en cours de contrat qui, en conséquence, ne nous a pas permis d'appliquer une cotisation adaptée. La prestation est alors réduite en proportion de la cotisation payée par rapport à la cotisation qui aurait été due si le souscripteur avait complètement et exactement déclaré le risque.

Si la fausse déclaration non intentionnelle est constatée avant toute réalisation du risque, nous pouvons maintenir l'adhésion au contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent.

Régime Obligatoire (RO)

Régime d'Assurance Maladie auquel l'assuré est affilié de par son activité professionnelle : CPAM (Régime Général des salariés), RSI (Régime Social des Indépendants), MSA, GAMEX (Régime Agricole), régime étudiant, 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.

Reste à charge

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

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.

Souscripteur

La personne morale signataire du présent contrat pour le compte de l'adhérent. Il s'agit de l'Association pour l'Assurance Des Indépendants (AADI).

Subrogation

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

Tacite reconduction

Renouvellement automatique du contrat. Lorsque le contrat n'est pas résilié en temps voulu, il est automatiquement renouvelé pour une durée d'un an.

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.

En fonction de la garantie souscrite, Ociane 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 la Mutuelle Ociane règlent directement les professionnels de santé qui le pratiquent et avec lesquels des conventions ont été passées.

Verres simples (optique)

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

Verres complexes (optique)

Verres à simple foyer dont la sphère est supérieure à -6.00 ou +6.00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs.

Verres très complexes

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère hors zone de -8.00 à +8.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries.

Nous*

Nous, assureur Mutuelle **Ociane**.

Pour la garantie « Assistance **Matmut Santé** » : **Matmut**, société d'assurance mutuelle.

Vous*

L'adhérent travailleur indépendant.

Section II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE

1

Objet du contrat

Le présent contrat est un contrat collectif à adhésion facultative proposé par **Ociane**, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, à destination des Travaillateurs Indépendants.

Les garanties du contrat ont pour objet le remboursement, en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale (sauf dispositions particulières figurant au descriptif des garanties), de tout ou partie des frais de santé exposés par l'adhérent et ses ayants droit, **sous réserve des exclusions visées à l'article 18 des présentes Conditions Générales**.

ARTICLE

2

Dispositif réglementaire

2-1 QUALIFICATION DES GARANTIES

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

Les garanties et niveaux de remboursement suivent les évolutions législatives réglementaires relatives aux dispositions du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

2-2 DURÉE DES GARANTIES

Les garanties du contrat peuvent être interrompues par l'adhérent ou par nous dans les cas et conditions visés à l'article 30 des présentes Conditions Générales.

2-3 PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

A - Mécanisme

Le patient de plus de 16 ans choisit librement son médecin traitant et le déclare comme tel à sa caisse de Sécurité sociale.

La loi prévoit des exceptions à ce dispositif : urgences, vacances et consultations de certains spécialistes en « accès direct » (ophtalmologues, gynécologues).

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

Aux termes de la réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire (loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et ses textes d'application), instaurant le principe d'un « parcours de soins coordonnés », le patient ne respectant pas le parcours subit des pénalités.

B - Conséquences

Si le patient :

- respecte le « parcours de soins coordonnés », c'est-à-dire consulte son médecin traitant déclaré ou un médecin correspondant désigné par lui, le remboursement de la Sécurité sociale est inchangé et l'assurance complémentaire intervient en complément, selon la garantie choisie,
- ne respecte pas le « parcours de soins coordonnés », c'est-à-dire ne déclare pas de médecin traitant ou consulte un médecin sans l'aval de son médecin traitant, il subit des pénalités financières sur le remboursement des consultations et des actes médicaux par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le patient consultant un spécialiste en « accès direct » doit avoir préalablement déclaré un médecin traitant pour être considéré comme respectant le « parcours de soins coordonnés » et ne pas subir de pénalités financières.

Ces pénalités ne sont pas prises en charge par Ociane (article 18-1 des présentes Conditions Générales).

2-4 DISPOSITIF APPLICABLE : LOI DITE MADELIN

Les garanties du présent contrat sont éligibles à la loi dite Madelin (loi n° 94-126 du 11 février 1994). Les garanties sont souscrites dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative par l'intermédiaire de l'association « Association pour l'Assurance Des Indépendants » (AADI) sise 49 bis rue Renaudel 76100 Rouen, créée à cet effet et à laquelle vous adhérez par la signature des Conditions Particulières valant bulletin d'adhésion.

Les dispositions de cette loi permettent aux membres de l'association, de déduire de leurs revenus imposables, sous certaines conditions et limites, les cotisations versées dans le cadre de leur adhésion au contrat santé.

Afin de justifier du paiement et de la déductibilité des cotisations, la Mutuelle **Ociane** établit chaque année une attestation qu'elle envoie à ses adhérents.

Au titre d'une même adhésion, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient du même niveau de garantie.

ARTICLE

3

L'adhérent et ses ayants droit

L'adhérent et ses ayants droit, tels que définis ci-après, doivent relever d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français applicable aux Travailleurs Indépendants.

3-1 L'ADHÉRENT

L'adhérent est un travailleur exerçant une activité non salariée. Il est nécessairement bénéficiaire des prestations du contrat **Matmut Santé Travailleur Indépendant** auquel il adhère. Il ne peut adhérer qu'à un seul contrat à la fois.

3-2 - LES AYANTS DROIT DE L'ADHÉRENT

Sont considérés comme ayants droit de l'adhérent, bénéficiaires des garanties du contrat **Matmut Santé Travailleur Indépendant**, lorsqu'ils sont désignés aux Conditions Particulières :

- son conjoint,
- ses enfants (ou ceux de son conjoint) âgés de moins de 18 ans ou, s'ils sont scolarisés, de moins de 28 ans,
- ses enfants handicapés (ou ceux de son conjoint) âgés de moins de 28 ans. Ceux-ci peuvent conserver le bénéfice des garanties « Enfants », sans condition d'âge, dès lors qu'ils ont été inscrits avant leur 28^e anniversaire.

Un enfant ne peut être bénéficiaire du contrat **Matmut Santé Travailleur Indépendant** sans un parent adhérent à ce contrat.

La cotisation est gratuite pour le 3^e enfant et les suivants inscrits sur le même contrat.

ARTICLE

4

Niveaux de prestations proposés

Le contrat **Matmut Santé Travailleur Indépendant** se décline en 6 niveaux de garanties.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
HOSPITALISATION						
Honoraires et actes techniques (y compris participation forfaitaire pour actes coûteux)	100 % BR	150 % BR ⁽¹⁾	200 % BR ⁽¹⁾	200 % BR ⁽¹⁾	220 % BR ⁽¹⁾	220 % BR ⁽¹⁾
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport sanitaire lié à un acte ou hospitalisation pris en charge par la Mutuelle	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lit d'accompagnant (pour un enfant de -16 ans hospitalisé)	-	10 €/jour	20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
Chambre particulière (avec nuitée) illimitée sauf convalescence, rééducation et psychiatrie, limitée à 30 jours pour l'ensemble de ces spécialités	-	35 €/jour	55 €/jour	65 €/jour	80 €/jour	90 €/jour
Chambre particulière ambulatoire (sans nuitée) si acte de chirurgie, technique médicale, anesthésie	-	10 €/jour	20 €/jour	20 €/jour	20 €/jour	20 €/jour
Bonus chambre particulière au-delà de 10 jours consécutifs en chambre particulière	-	+ 15 €/jour				
HONORAIRES ET FRAIS MÉDICAUX COURANTS (dans le cadre du parcours de soins coordonnés)						
Consultations et visites de généralistes (y compris participation forfaitaire pour actes coûteux)	100 % BR	100 % BR	150 % BR ⁽¹⁾	175 % BR ⁽¹⁾	220 % BR ⁽¹⁾	220 % BR ⁽¹⁾
Actes techniques - Consultations et visites de spécialistes (y compris participation forfaitaire pour actes coûteux)	100 % BR	100 % BR	150 % BR ⁽¹⁾	200 % BR ⁽¹⁾	220 % BR ⁽¹⁾	220 % BR ⁽¹⁾
Radiologie y compris dans le cadre d'une hospitalisation	100 % BR	100 % BR	120 % BR ⁽¹⁾	125 % BR ⁽¹⁾	150 % BR ⁽¹⁾	150 % BR ⁽¹⁾
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Analyses médicales	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale hors transport et hébergement	-	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HONORAIRES ET FRAIS MÉDICAUX COURANTS (hors parcours de soins coordonnés)						
Consultations/visites généralistes et spécialistes	100 % BR hors majoration du ticket modérateur appliquée par la Sécurité sociale					
Radiologie	100 % BR hors majoration du ticket modérateur appliquée par la Sécurité sociale					
PHARMACIE						
Médicaments à Service Médical Rendu Important (65 %)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à Service Médical Rendu Modéré (30 %)	100 % BR					
Médicaments à Service Médical Rendu Faible (15 %)	-					
OPTIQUE						
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale	100 €/an	100 €/an	130 €/an	150 €/an	200 €/an	250 €/an
Chirurgie corrective de l'œil	-	150 €/œil	200 €/œil	250 €/œil	350 €/œil	350 €/œil
LUNETTES ADULTES (+18 ans)						
Une paire de lunettes tous les deux ans sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (1 paire de lunettes/an)						
Monture	40 €	60 €	80 €	100 €	125 €	150 €
Verres simples	30 €/verre	45 €/verre	65 €/verre	80 €/verre	100 €/verre	150 €/verre
Verres complexes	80 €/verre	90 €/verre	100 €/verre	130 €/verre	160 €/verre	250 €/verre
Verres très complexes	130 €/verre	170 €/verre	210 €/verre	250 €/verre	300 €/verre	350 €/verre
LUNETTES ENFANTS (-18 ans)						
Une paire de lunettes par an						
Monture	40 €	40 €	60 €	60 €	60 €	70 €
Verres simples	30 €/verre	40 €/verre	50 €/verre	60 €/verre	65 €/verre	70 €/verre
Verres complexes	80 €/verre	90 €/verre	100 €/verre	130 €/verre	160 €/verre	250 €/verre

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
DENTAIRE						
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay-onlay	100 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR
Couronne fixe remboursée pour les dents non visibles	125 % BR	70 €/dent	140 €/dent	200 €/dent	300 €/dent	450 €/dent
Couronne fixe remboursée pour les dents du sourire	125 % BR	135 €/dent	250 €/dent	300 €/dent	400 €/dent	530 €/dent
PLAFONDS DENTAIRE SUR LES COURONNES FIXES NON VISIBLES ET DU SOURIRE	-	3 par an	4 par an	4 par an	5 par an	5 par an
Une fois le plafond atteint, prise en charge des couronnes remboursées par la Sécurité sociale dans la limite de 125 % BR						
Inlay-core	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Autres actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale (ex : bridge, prothèses amovibles)	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
Parodontie - endodontie et couronnes provisoires non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	200 €/an	350 €/an	550 €/an	650 €/an
Implants dentaires (racines)	-	-	350 €/an	400 €/an	500 €/an	700 €/an
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125 % BR	100 €/semestre	200 €/semestre	300 €/semestre	350 €/semestre	400 €/semestre
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	150 €/semestre	200 €/semestre	250 €/semestre	300 €/semestre
APPAREILLAGE						
Prothèse auditive (par oreille et par an)	100 % BR	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 500 €	100 % BR + 700 €	100 % BR + 900 €
Entretien, réparation prothèses auditives	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres prothèses et appareillage	100 % BR	100 % BR	150 % BR	150 % BR	175 % BR	175 % BR
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES						
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	40 €/an				
Contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale	-	40 €/an				
Sevrage tabagique (substituts nicotiniques ou produits pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale ou consultations d'acupuncture, auriculothérapie et hypnose)	-	90 €/an				
Ostéopathie - Chiropraxie chez un praticien diplômé dans la limite de 3 séances/an	-	30 €/séance	30 €/séance	40 €/séance	45 €/séance	45 €/séance
Dietéticiens - Psychologues diplômés dans la limite de 3 séances/an	-	30 €/séance	30 €/séance	40 €/séance	45 €/séance	45 €/séance
Podologie chez un praticien diplômé d'État	-	26 €/an				
Santé et développement de l'enfant de moins de 16 ans : Pharmacie prescrite non remboursée (homéopathie) - Consultations d'ergothérapeutes et de psychomotriciens - Dépistage des troubles du développement visuel et auditif pour les moins de 3 ans, de l'apprentissage (vue, audition, dyslexie, dyscalculie) ou du comportement (troubles alimentaires, relationnels) - Bilans allergiques (tests cutanés)	-	70 €/an				
Plafond global pour les dépenses Prévention et Médecines Douces	-	150 €/an	200 €/an	250 €/an	300 €/an	350 €/an
PROTECTION « GROS PÉPIN »						
Prothèses externes (capillaire, oculaire, mammaire) prises en charge par la Sécurité sociale	-	150 €/acte				
Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par la Sécurité sociale	-	200 €/an	400 €/an	600 €/an	1 000 €/an	1 500 €/an
Suivi psychologique prescrit en cas d'Affection Longue Durée	-	30 €/an	50 €/an	100 €/an	150 €/an	200 €/an
Plafond global pour les dépenses « Gros Pépin »	-	350 €/an	800 €/an	1 200 €/an	1 600 €/an	2 000 €/an
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES						
Matmut Assistance	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
Prime d'inscription naissance ou adoption	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

Mutuelle Ociane - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le numéro 434 243 085. Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc, 33054 Bordeaux Cedex.

(1) Le taux de prise en charge indiqué s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ce taux est minoré de 20 % pour les médecins non adhérents. NB : les garanties exprimées en % BR s'entendent remboursement Sécurité sociale inclus. Les forfaits optiques, dentaires, Prévention et Médecines Douces, Protection « Gros Pépin », « Prime d'inscription naissance ou adoption » exprimés en euros s'entendent remboursement Sécurité sociale exclu. Les forfaits en optique et dentaire incluent la prise en charge du ticket modérateur. La BR est la base de remboursement Sécurité sociale, c'est-à-dire le prix de référence des soins fixé par l'Assurance Maladie. Les prestations sont accordées dans la limite des frais réels engagés.

ARTICLE

5

Étendue territoriale

Sauf disposition contraire au descriptif des garanties ci-après (articles 6 à 11), l'intervention de la Mutuelle est subordonnée à celle préalable de l'Assurance Maladie Obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

Les prestations sont toujours payées en France et en euros.

GARANTIES ET SERVICES PROPOSÉS

Les garanties sont exprimées remboursement Sécurité sociale inclus, hormis pour les forfaits optiques, dentaires, prothèses auditives, Prévention et Médecines Douces, Protection « Gros Pépin » et « Prime d'inscription naissance ou adoption » exprimés en euros, remboursement Sécurité sociale non compris.

Les forfaits dentaires et optiques s'entendent remboursement du ticket modérateur inclus.

Les garanties respectent l'ensemble des règles des contrats responsables.

Les prestations sont accordées dans la limite des frais réels engagés.

Section I - GARANTIES DU CONTRAT

ARTICLE

6

Hospitalisation

6-1 OBJET DE LA GARANTIE

Les bénéficiaires ont droit, **dans les limites et plafonds fixés au contrat**, au remboursement des frais qu'ils ont exposés à l'occasion d'une **hospitalisation prise en charge par la Sécurité sociale**.

6-2 ÉVÉNEMENTS COUVERTS

Sous réserve des garanties et du niveau de prestations souscrits, nous prenons en charge :

- les honoraires et actes techniques réalisés en milieu hospitalier (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux),
- les frais de séjour,
- le forfait journalier,
- le transport sanitaire lié à une prise en charge par la Mutuelle,
- la chambre particulière,
- le lit d'accompagnant.

La Mutuelle **Ociane** prend en charge la participation forfaitaire pour actes coûteux prévue aux articles L. 322-3 et R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale pour les actes d'un tarif égal ou supérieur à 120 € ou d'un coefficient égal ou supérieur à 60.

6-3 ÉVÉNEMENT NON COUVERT

La prestation « Chambre particulière » n'est pas acquise pour les jours dits de « permission ».

ARTICLE

7

Soins et honoraires médicaux

7-1 OBJET DE LA GARANTIE

Les bénéficiaires ont droit, **dans les limites et plafonds fixés au contrat**, au remboursement des frais restés à leur charge, **après intervention de la Sécurité sociale**, à la suite d'actes médicaux courants.

7-2 ÉVÉNEMENTS COUVERTS

Sous réserve des garanties et du niveau de prestations souscrits, nous prenons en charge :

- les consultations et visites de généralistes (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux),
- les consultations et visites de spécialistes (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux),
- les actes techniques réalisés en cabinet (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux),
- les analyses et la radiologie,
- les actes d'auxiliaires médicaux,
- la pharmacie,
- les transports sanitaires liés à un acte pris en charge par la Mutuelle,
- les cures thermales en établissement agréé et conventionné par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La Mutuelle **Ociane** prend en charge la participation forfaitaire pour actes coûteux prévue aux articles L. 322-3 et R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale pour les actes d'un tarif égal ou supérieur à 120 € ou d'un coefficient égal ou supérieur à 60.

ARTICLE

8

Pharmacie

8-1 OBJET DE LA GARANTIE

Les bénéficiaires ont droit dans les limites et plafonds fixés au contrat, au remboursement des frais restés à leur charge après intervention de la Sécurité sociale lors de l'achat de médicaments prescrits.

8-2 ÉVÉNEMENTS COUVERTS

Nous prenons en charge, dans la limite des frais engagés et sous réserve des garanties souscrites, les médicaments au Service Médical Rendu important, modéré et faible définis à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

9-1 OBJET DE LA GARANTIE

Les bénéficiaires ont droit, dans les limites et plafonds fixés au contrat, au remboursement des frais qu'ils ont exposés au titre de leurs équipements optiques.

9-2 ÉVÉNEMENTS COUVERTS

Sous réserve des garanties et du niveau de prestations souscrits, nous prenons en charge :

- les verres,
- la monture,

sous forme d'un forfait tous les deux ans à compter de la date d'achat du dernier équipement optique, sauf en cas de renouvellement total ou partiel de l'équipement optique justifié par une évolution de la vue.

Pour les enfants mineurs, le forfait est annuel.

Par ailleurs, la garantie Optique comprend également dans la limite d'un forfait, les lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.

10-1 OBJET DE LA GARANTIE

Lorsque la garantie est acquise, les bénéficiaires ont droit, **dans les limites et plafonds fixés au contrat**, au remboursement des frais qu'ils ont exposés à l'occasion de soins ou de l'installation de prothèses ou d'implants dentaires.

10-2 ÉVÉNEMENTS COUVERTS

Sous réserve des garanties et du niveau de prestations souscrits, nous prenons en charge

- les soins dentaires, inlay-onlay,
- les prothèses fixes pour les dents non visibles,
- les prothèses fixes pour les « dents du sourire » (définies à l'article 21-2 D),
- les inlays-core,
- les autres actes prothétiques (ex : prothèses amovibles),
- l'implant dentaire (racine),
- certains travaux non remboursés par la Sécurité sociale (parodontie, endodontie, prothèses provisoires, couronnes provisoires),
- l'orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale.

11-1 Lorsque la garantie est acquise, les bénéficiaires ont droit, **dans les limites et plafonds fixés au contrat**, au remboursement des frais qu'ils ont exposés à l'occasion de l'acquisition de dépenses d'appareillage.

11-2 Sous réserve des garanties souscrites, nous prenons en charge :

- la prothèse auditive (par oreille et par an),
- l'entretien et réparation des prothèses auditives,
- les autres prothèses et appareillage.

12-1 OBJET DE LA GARANTIE

Les bénéficiaires ont droit, **dans les limites et plafonds annuels fixés au contrat**, au remboursement des frais réels qu'ils ont exposés à l'occasion de certaines dépenses de prévention ou de confort.

12-2 ÉVÉNEMENTS COUVERTS

La nature des dépenses de prévention ou de confort susceptibles d'être prises en charge varie en fonction de la qualité de bénéficiaire et du niveau de prestations souscrits.

Le tableau ci-après décrit, **sous réserve des garanties souscrites**, les prestations proposées et les pièces justificatives à fournir pour chacune d'elles.

Périmètre et pièces justificatives des prestations Prévention et Médecines Douces

PRESTATIONS ASSURÉES	CE QUE VOUS DEVEZ NOUS ADRESSER
Forfait Vaccins non pris en charge	La prescription médicale accompagnée de l'original de la facture nominative acquittée du pharmacien.
Forfait Podologie	L'original de la facture nominative acquittée du praticien diplômé de podologie.
Forfait Contraception non remboursée par les régimes obligatoires	L'original de la facture acquittée.
Forfait Sevrage tabagique : consultations d'acupuncture, auriculothérapie, hypnose	L'original de la facture nominative acquittée du praticien.
Forfait Ostéopathie & Chiropraxie	L'original de la facture nominative acquittée du praticien diplômé d'ostéopathie (DO) ou de chiropraxie (DC).
Forfait Diététicien & Psychologue	L'original de la facture nominative acquittée du praticien diplômé de psychologie ou de diététique.

FORFAIT SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT DE MOINS DE 16 ANS	
Consultation Ergothérapeute	L'original de la facture nominative acquittée du praticien diplômé d'ergothérapie.
Consultation Psychomotricien	L'original de la facture nominative acquittée du praticien diplômé de psychomotricité.
Homéopathie	La prescription médicale accompagnée de l'original de la facture nominative acquittée du pharmacien.
Vaccins prescrits	La prescription médicale accompagnée de l'original de la facture nominative acquittée du pharmacien.
Bilans allergiques : tests cutanés	Un justificatif nominatif signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.
Dépistage des troubles de l'apprentissage et du comportement : vue, audition, dyslexie, dyscalculie, troubles alimentaires ou relationnels	Un justificatif nominatif signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.
Dépistage des troubles du développement chez les enfants de moins de 3 ans : dépistage visuel et auditif	Un justificatif nominatif signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.

ARTICLE **13**

Protection
« Gros Pépin »

13-1 OBJET DE LA GARANTIE

Les bénéficiaires ont droit, **dans les limites et plafonds annuels fixés au contrat**, au remboursement des frais réels qu'ils ont exposés à l'occasion de certaines dépenses importantes.

13-2 ÉVÉNEMENTS COUVERTS

La nature des dépenses Protection « Gros Pépin » susceptibles d'être prises en charge varie en fonction du niveau de garantie souscrit et de la qualité du bénéficiaire.

Le tableau ci-après décrit, **sous réserve des garanties souscrites**, les prestations proposées et les pièces justificatives à fournir pour chacune d'elles.

Périmètre et pièces justificatives des prestations Protection « Gros Pépin »

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 de 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.

ARTICLE **14**

Prime
d'inscription
naissance
ou adoption

Sous réserve des garanties et du niveau de prestations souscrits, l'adhérent a droit, **dans les limites et plafonds fixés au contrat**, au versement d'une prime d'inscription naissance ou adoption en cas de naissance ou d'adoption après la prise d'effet des garanties.

La prestation est versée si l'enfant est inscrit sur le contrat dans les 3 mois qui suivent la naissance ou l'adoption. Il n'est versé qu'une seule prime par enfant.

Sous réserve du niveau de prestations souscrit, les bénéficiaires ont droit à une **garantie** Assistance *Groupe Matmut (Annexe I)*.

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

Elle est acquise dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle **Ociane** auprès de la **Matmut**, société d'assurance mutuelle.

Le gestionnaire des sinistres est Inter Mutuelles Assistance GIE, ci-après dénommée IMA, groupement d'intérêt économique dont le Siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort.

Section II - SERVICES DU CONTRAT

La carte de tiers payant, sur laquelle figurent les bénéficiaires inscrits, est remise à l'adhérent par la Mutuelle **Ociane** qui se réserve le droit de ne la délivrer qu'à réception de l'entier paiement de la cotisation et/ou des justificatifs réclamés par la Mutuelle **Ociane**.

En fonction des accords que nous avons passés avec les différents types de professionnels de santé, le tiers payant peut être pratiqué pour les hospitalisations, les soins hospitaliers à titre externe, la pharmacie, les examens de laboratoire, les examens radiologiques, les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...) ou bien encore avec les opticiens partenaires.

Pour bénéficier du tiers payant, l'adhérent doit présenter au professionnel de santé sa carte de tiers payant et sa carte Vitale®. Seul ce qui reste à sa charge, après intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire et de la Mutuelle **Ociane**, est à régler au professionnel de santé.

La Mutuelle **Ociane** se réserve le droit de réclamer à l'adhérent les sommes versées en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant.

Le bénéfice du tiers payant ne pourra être accordé qu'aux assurés à jour de leurs cotisations.

La Mutuelle **Ociane** a mis en place un dispositif d'action sociale. Les bénéficiaires en difficultés financières peuvent, le cas échéant, sous réserve de l'admission de leur dossier, bénéficier de ce dispositif de prise en charge partielle ou totale exceptionnelle.

18-1 OUTRE LES EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À CHACUNE DES GARANTIES DU PRÉSENT CONTRAT, NOUS NE REMBOURSONS PAS :

- la participation forfaitaire et les franchises médicales annuelles prévues à l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation mise à la charge de l'assuré par l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans le cas où il n'a pas choisi de médecin traitant, consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ou consulte un spécialiste sans prescription préalable du médecin traitant – hors cadre d'un protocole de soins,
- les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile non reconnues comme médicalement justifiées par le professionnel de santé, tout comme par les Régimes Obligatoires,
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant.

18-2 SONT ÉGALEMENT EXCLUS DES GARANTIES :

- les soins et actes médicaux 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 soins, actes médicaux ou hospitalisations, autres que ceux décrits ci-dessus dans le cadre du Contrat Responsable, lorsqu'ils sont la conséquence des faits suivants :
 - d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes,
 - de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ou émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou des déchets radioactifs,
 - d'une guerre civile ou étrangère, ou si l'assuré y participe, d'interventions militaires,
 - d'une intervention chirurgicale, médicale, obstétricale, esthétique, entreprise sur l'assuré par lui-même ou par un tiers non muni des diplômes exigés par la réglementation française pour effectuer celle-ci,
 - de la manipulation volontaire par l'assuré d'un engin de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite,
 - de la participation volontaire de l'assuré à une rixe, un défi, une lutte ou un pari,
- les frais d'hospitalisation ne faisant l'objet d'aucune prise en charge par la Sécurité sociale,
- les séjours en maison de santé médicale pour personnes âgées, les séjours dans les établissements spécialisés à caractère médical et/ou sanitaire et social avec ou sans hébergement notamment ceux figurant à l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, aérium, préventorium, sanatorium,
- les transports et frais d'hébergement liés aux cures thermales,
- les frais de séjour et les transports liés aux postcures,
- 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).

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.

MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

ARTICLE 19

Données de santé

19-1 COLLECTE DES DONNÉES DE SANTÉ

La mise en œuvre de la gestion des droits aux prestations du contrat **Matmut Santé Travailleur Indépendant** 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.

19-2 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.

19-3 FACULTÉ DE RENONCIATION AUX ÉCHANGES INFORMATISÉS AVEC L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

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 (article 20 ci-après).

ARTICLE 20

Obligations de l'adhérent

En l'absence d'échanges informatisés, le remboursement des frais médicaux s'effectue sur présentation par l'adhérent des originaux :

- des feuilles de décompte du régime de Sécurité sociale,
- des notes d'honoraires et des factures détaillées pour la reconstitution des dépenses réellement engagées au titre des frais d'hospitalisation, dentaires, d'optique ou de tous les autres frais médicaux courants ou dans le cadre des forfaits Prévention et Médecines Douces et Protection « Gros Pépin »,
- du justificatif signé par le professionnel de santé attestant de la réalisation de l'un des actes de prévention organisés par l'Assurance Maladie Obligatoire pour le bénéfice de la garantie « Santé et Développement de l'enfant » au titre du forfait Prévention et Médecines Douces,
- des éventuels accords de prise en charge que nous lui avons délivrés au préalable.

ARTICLE 21

Étendue de nos engagements

21-1 PRINCIPES GÉNÉRAUX DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

A - Frais de santé garantis

Les frais de santé doivent correspondre à des soins prescrits ou effectués ou des prestations facturées postérieurement à la date de prise d'effet des garanties et pendant sa durée.

Spécificités sur la prise en charge des dépassements d'honoraires : les taux de prise en charge indiqués aux tableaux de garanties (cf. article 4) sont minorés de 20 % lorsque le médecin n'est pas signataire du contrat d'accès aux soins.

B - Forfaits et plafonds des prestations

Les plafonds et limites des prestations figurent à l'article 4 des présentes Conditions Générales et dépendent des niveaux de couverture souscrits mentionnés au bulletin d'adhésion.

Le montant des forfaits annuels ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1^{er} janvier de chaque année, sauf pour le forfait optique lequel se renouvelle tous les 2 ans à compter de la date d'achat du dernier équipement optique. 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 année 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.

C - Base des remboursements

Nous déterminons le montant des prestations acte par acte, à partir des informations figurant sur le décompte de la Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire ou tout autre document justificatif des dépenses de santé, en fonction des garanties souscrites, de la Base de Remboursement ou des forfaits.

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], Groupe Homogène de Tarifs [GHT]) ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 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.

21-2 RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

A - Hospitalisation

Les prestations « Forfait Journalier », « Lit d'accompagnant » et « Chambre Particulière » sont illimitées hormis pour les séjours de convalescence, psychiatrie, et rééducation pour lesquels nous limitons notre intervention à 30 jours pour la Chambre Particulière, et ce pour l'ensemble de ces spécialités.

Les séjours peuvent être continus ou non.

Le « Bonus chambre particulière » se déclenche au-delà du 10^e jour d'hospitalisation continue en chambre particulière (sur un ou plusieurs établissements), hors placements particuliers et psychiatrie avec effet rétroactif au 1^{er} jour.

Le règlement de la prestation « Chambre particulière » se fait en jours de facturation et non en jours d'hospitalisation.

B - Frais médicaux courants hors parcours de soins coordonnés

Lorsque vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés (article 2-3 ci-avant), le taux de remboursement est toujours limité à 100 % de la Base de Remboursement (BR) et sans prise en charge, par la Mutuelle **Ociane**, des pénalités retenues par l'Assurance Maladie Obligatoire pour les soins suivants

- consultations et visites généralistes (actes cliniques et techniques),
- consultations et visites spécialistes (actes cliniques et techniques),
- radiologie.

C - Optique

La distinction des verres simples ou complexes ou très complexes se fait à partir de la Liste des Produits et Prestations (LPP) pris en charge par la Sécurité sociale.

Le forfait optique s'entend remboursement du ticket modérateur inclus.

Le remboursement de la prestation se fait à la date de facturation et non à la date de prescription.

D - Dentaire

Le niveau de remboursement des frais de prothèses fixes est différent selon qu'il s'agit des dents non visibles ou des « dents du sourire ».

Sont considérées comme étant les « dents du sourire », 8 dents par mâchoire : les 2 incisives centrales, les 2 incisives latérales, les 2 canines et les 2 premières prémolaires.

Le remboursement de l'implant inclut la totalité de l'acte implantaire, c'est-à-dire la racine, le faux moignon, le pilier et la prothèse cotée HN (Hors Nomenclature).

E - Prévention et Médecines Douces

a) Prise en charge des consultations Prévention et Médecines Douces

Toute demande de remboursement des consultations Bien-Être est conditionnée à l'enregistrement du praticien auprès de l'ARS (Agence Régionale de Santé) du département d'exercice ou dans le répertoire ADELI.

F - Protection « Gros Pépin »

Le forfait « Protection Gros Pépin » est exprimé sous forme de forfait en euros ou par acte.

G - Prime d'inscription naissance ou adoption

Cette prime est versée à l'adhérent 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. Il n'est versé qu'une seule prime par enfant.

22-1 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.

22-2 TRAITEMENT DE NOS DÉSACCORDS

A - L'expertise médicale

En cas de désaccord avec le médecin ou le dentiste missionné par nos soins, l'adhérent peut recourir à la procédure suivante : un examen amiable contradictoire entre le médecin ou le dentiste, choisi librement par l'adhérent, dont les honoraires sont à sa charge, et le médecin ou le dentiste ayant réalisé le contrôle médical.

En cas de désaccord, une commission d'arbitrage se réunit afin de trancher le litige. Elle est composée :

- d'un médecin ou d'un dentiste désigné par l'adhérent,
- d'un médecin ou d'un dentiste désigné par nous,
- d'un troisième médecin ou dentiste arbitre désigné par les deux premiers (ou, à défaut d'accord sur le choix, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ou des Dentistes).

Les honoraires du médecin ou du dentiste que l'adhérent a désigné sont à sa charge, ceux des deuxième et troisième médecins ou dentistes sont à la nôtre.

Cependant, si l'adhérent n'obtient pas gain de cause, il est tenu de nous rembourser les honoraires du troisième médecin ou dentiste, qui est intervenu en tant qu'arbitre, dans un délai de trente jours après que nous lui en avons fait la demande. En dernier recours, l'adhérent peut saisir le Tribunal compétent.

B - Traitement des réclamations

Cette procédure est décrite à l'Annexe II ci-après.

Nous sommes subrogés :

- dans la limite des dépenses que nous avons 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,
- dans les droits du bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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 que nous avons versée 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.

FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

S'assurer, c'est s'engager dans une relation juridique qui comporte, pour chacun, des droits et obligations.

L'adhésion au contrat collectif est établie sur la base des déclarations de l'adhérent, il doit donc répondre en toute sincérité aux questions que nous lui posons et, en particulier à celles portant sur les points indiqués à l'article 24-1.

ARTICLE 24

Les obligations de l'adhérent

24-1 ÉLÉMENTS À NOUS DÉCLARER

Lors de l'adhésion et, le cas échéant, à l'occasion de sa modification, l'adhérent doit nous indiquer

- les renseignements le concernant (nom, prénom, date de naissance, situation matrimoniale, domicile...),
- la liste de ses ayants droit et les renseignements les concernant,
- le niveau des garanties qu'il souhaite souscrire,
- la date d'effet des garanties souhaitées.

Ces informations sont reportées sur les Conditions Particulières valant bulletin d'adhésion et il en confirme l'exactitude par sa signature.

Au cours de la vie du contrat, l'adhérent s'engage à nous signaler tout événement entraînant la perte du statut de Travailleur Indépendant.

24-2 PIÈCES JUSTIFICATIVES À NOUS FOURNIR

Lors de l'adhésion et, le cas échéant, à l'occasion de sa modification, l'adhérent doit nous communiquer :

- pour tous les bénéficiaires : une photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale ®,
- pour lui :
 - un mandat de gestion SEPA en cas de paiement des cotisations par prélèvement,
 - un relevé d'identité bancaire, commun à tous les bénéficiaires désignés au bulletin d'adhésion de votre contrat, pour le versement de l'ensemble des prestations, si celui-ci est différent de celui prévu pour le règlement des cotisations,
- pour ses enfants (ou ceux de son 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 ses enfants adoptés (ou ceux de son conjoint) : la photocopie du certificat d'adoption rédigé en langue française ou 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.

24-3 OBLIGATIONS NON RESPECTÉES

Lorsque les informations communiquées ne sont pas sincères, l'adhérent s'expose à des sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- en cas de mauvaise foi : nullité des garanties (article L. 221-14),
- lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction des prestations ou complément de cotisation si la fausse déclaration a été identifiée avant l'engagement des frais de santé (article L. 221-15).

La résiliation motivée par une réticence ou une inexactitude dans la déclaration du risque (cas n° 5 de l'article 30-1 des présentes Conditions Générales) n'implique pas renonciation de notre part à nous prévaloir des sanctions visées ci-dessus.

ARTICLE 25

Formation et durée

25-1 FORMATION

A - Généralités

Les garanties prennent effet à 0 heure à la date que l'adhérent nous indique, mais au plus tôt le lendemain à 0 heure de la date à laquelle il formule sa demande. La prise d'effet intervient après paiement de sa cotisation et **sous réserve qu'il soit honoré.**

Quelle que soit la date de prise d'effet des garanties indiquées au bulletin d'adhésion, tout mois commencé est dû.

25-2 MODIFICATION

La demande de modification du contrat par lettre recommandée, télégramme, télécopie ou courrier électronique est présumée être faite :

- à la date d'envoi en ce qui concerne la lettre recommandée et le télégramme,
- à la date de réception en ce qui concerne la télécopie et le courrier électronique.

A - Désignation ou suppression d'un ayant droit de la liste des bénéficiaires

I - Désignation d'un ayant droit

a) Conditions de désignation

La désignation au contrat d'un ayant droit est possible à tout moment dans l'année, sous réserve qu'il réponde aux conditions d'éligibilité définies à l'article 3-2 et que soient fournies les pièces justificatives visées à l'article 24-2.

b) Prise d'effet de la modification

La modification du contrat prend effet à 0 heure à la date que l'adhérent nous indique, mais au plus tôt le lendemain à 0 heure de la date à laquelle il formule sa demande.

Toutefois, la désignation, en cours d'adhésion, 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 cette naissance ou de cette adoption.

Dans tous les cas, la cotisation qui en résulte est due au 1^{er} jour du mois de la désignation de l'ayant droit.

2 - Suppression d'un ayant droit de la liste des bénéficiaires

a) Conditions de suppression

La suppression d'un ayant droit de la liste des bénéficiaires est possible, sous réserve de respecter un délai de préavis de deux mois, à l'échéance principale. Passer ce délai, la suppression ne peut prendre effet qu'à l'échéance suivante.

La suppression d'un ayant droit est possible en cours d'année uniquement 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 (divorce, séparation), sur présentation d'une déclaration sur l'honneur,
- départ à l'étranger, sur présentation d'une attestation délivrée par l'employeur, d'un justificatif de départ ou d'une déclaration sur l'honneur,
- bénéfice de la CMU-C.

b) Prise d'effet de la modification

La proposition de modification prend effet à l'échéance annuelle suivant la demande ou, dans les cas où elle peut être formulée en cours d'année, au 1^{er} jour du mois suivant la demande ou au lendemain 0 heure de la date du décès ou de la date d'effet de la CMU-C ou au lendemain de la dernière prestation versée.

c) Suppression des enfants de la liste des bénéficiaires

Les garanties dont bénéficiaient, à titre d'ayants droit, les enfants de moins de 18 ans ou, s'ils sont scolarisés, de moins de 28 ans, leur sont maintenues jusqu'à l'échéance annuelle qui suit leur 18^e ou 28^e anniversaire.

Ils cessent d'être garantis à cette date.

B - Changement de niveau de garanties

Lorsque le changement intervient dans le courant de l'année, le nouveau droit aux prestations s'entend **déduction faite des prestations déjà versées au titre des soins afférents à l'année d'assurance concernée.**

Le changement du niveau de garantie est possible après une durée minimale de 12 mois dans la garantie en cours. La modification prend effet à l'échéance annuelle suivant la demande, sous réserve de respecter un préavis de 2 mois.

Dans certains cas, et sur présentation de justificatifs, le changement du niveau de garanties est possible à effet du 1^{er} 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).

25-3 DURÉE

Il a une durée d'un an. La première année, il est conclu pour la période comprise entre sa date d'effet et la date d'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières qui détermine le point de départ de chaque période de garantie.

Il est, à cette échéance, reconduit de plein droit par tacite reconduction d'année en année, à moins que vous ne fassiez usage de votre droit de résiliation dans les formes et conditions prévues à l'article 30 ci-après.

26-I MODALITÉS

L'engagement est annuel. La cotisation, établie par année civile, correspond au coût des garanties souscrites auquel viennent s'ajouter :

- les accessoires de cotisation,
- les impôts et taxes établis sur les contrats d'assurance et dont la récupération n'est pas interdite.

Elle est déterminée en fonction :

- du nombre de personnes couvertes au titre du même contrat : adultes, enfants (gratuité pour le 3^e enfant et les suivants),
- de la qualité des bénéficiaires (adulte/enfant),
- de l'âge des bénéficiaires au 1^{er} janvier de l'année en cours,
- du niveau de garanties choisi,
- du domicile de l'adhérent,
- du régime obligatoire.

26-2 PAIEMENT

La cotisation annuelle est payable d'avance. Tout mois commencé est dû. Elle peut cependant être réglée en plusieurs fractions. Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, nous pouvons résilier le contrat dans les conditions et délais prévus à l'article L. 221-8 II du Code de la Mutualité (cas n° 4 de l'article 30-I ci-après).

Les frais de prélèvement ou de tout autre moyen de paiement non honoré, restent à la charge de l'adhérent.

26-3 RÉVISION

La cotisation évolue au 1^{er} jour de chaque année civile en fonction de l'âge atteint par chaque bénéficiaire.

Elle peut également être révisée à la même date, en fonction de la consommation médicale des classes de risques concernées et en cas de modification de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ou de la législation fiscale ou sociale. Le nouveau tarif, dont nous vous informons dans les formes habituelles, s'applique à l'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières dès le jour de l'avenant en cas de modification du contrat.

La révision de la cotisation consécutive au changement effectif de domicile prend effet au 1^{er} jour du mois du changement.

ARTICLE 27

Autres assurances

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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 et L. 221-12-1 du Code de la Mutualité et L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des Assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription peut être interrompue :

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

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 d'obligation, ou du régime surcomplémentaire, ou du fait générateur motivant la demande pour les autres prestations non liées à l'intervention d'un autre régime.

30-1 TABLEAU RÉCAPITULATIF DES CAS ET CONDITIONS DE RÉSILIATION DU CONTRAT

Les références précédées de la lettre « L » correspondent au Code de la Mutualité : L : LOI

Cas N°	MOTIF DE LA RÉSILIATION	INITIATIVE DE LA RÉSILIATION	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RÉSILIATION	CONDITIONS	TEXTE APPLICABLE
1	Opposition au renouvellement par tacite reconduction des garanties du contrat	Adhérent	Date d'échéance annuelle indiquée au bulletin d'adhésion	Délai de préavis à respecter : 2 mois	L. 221-10
2	Changement de situation portant sur l'un des éléments suivants : domicile, situation matrimoniale, régime matrimonial, profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle	Adhérent ou nous	1 mois après notification de la résiliation à l'autre partie	La résiliation doit faire l'objet d'une notification dans le délai de 3 mois suivant l'événement qui la motive	Article 30 des Conditions Générales
2 bis	Perte de la qualité d'adhérent telle que définie à l'article 3 des présentes Conditions Générales	Adhérent ou nous	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la notification de la résiliation à l'autre partie	La résiliation doit faire l'objet d'une notification dans le délai de 3 mois suivant l'événement qui la motive	Article 30 des Conditions Générales
3	Décès de l'adhérent	De plein droit	30 jours après le décès en présence d'un ou plusieurs autres bénéficiaires. Dans ce cas cependant, les droits et obligations de l'adhérent peuvent, avec l'accord de Matmut Santé Prévoyance, être transférés sur l'un des autres bénéficiaires Le lendemain à 0 heure du jour du décès en l'absence d'autres bénéficiaires	Remise du certificat de décès	Article 30 des Conditions Générales
4	Non-paiement de la cotisation	Nous	40 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure	Envoi préalable d'une lettre recommandée de mise en demeure	L. 221-8 II
5	Réticence ou inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription du contrat	Nous	10 jours après notification de la résiliation	Réticence ou fausse déclaration ayant eu pour effet de modifier l'opinion que nous nous étions faite du risque	L. 221-14 L. 221-15

30-2 FORME ET DÉLAIS DE LA RÉSILIATION

- La résiliation de l'adhérent à son initiative nous est notifiée par lettre recommandée à notre Siège social, dans le cas n° 1, le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre, dans les cas n° 2 et 2 bis, le délai commence à courir le jour de la première présentation de la lettre recommandée par les services postaux.
- Si nous procédons à la résiliation de l'adhérent, nous faisons toujours connaître notre décision par lettre recommandée (avec accusé de réception dans le cas n° 2) envoyée à l'adhérent à la dernière adresse qu'il nous a notifiée, dans le cas n° 2, le délai de résiliation commence à courir à partir de la date de première présentation de notre lettre par les services postaux au dernier domicile qu'il nous a notifié, dans le cas n° 4, la résiliation intervient à la date d'envoi de la lettre recommandée notifiant cette résiliation, sauf si celle-ci est annoncée dans la lettre recommandée valant mise en demeure de régler la cotisation impayée. Dans ce dernier cas, la résiliation intervient automatiquement 40 jours après l'envoi de cette lettre recommandée de mise en demeure, dans le cas n° 5, la résiliation intervient 10 jours après l'envoi de la lettre recommandée notifiant cette résiliation.

30-3 RÉSILIATION DE L'ADHÉRENT EN COURS DE PÉRIODE DE GARANTIE

Conformément à l'article 26-2 des présentes Conditions Générales, tout mois commencé est dû.

- Nous avons droit au paiement de la cotisation couvrant la période antérieure à la résiliation,
- nous avons droit également de réclamer ou de conserver la fraction de cotisation couvrant la période démarrant à compter de la date d'interruption des garanties lorsque la résiliation est consécutive au non-paiement de la cotisation,
- dans les autres cas, nous remboursons la fraction de cotisation postérieure à la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

30-4 DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE SOUSCRIPTION À DISTANCE (SELON L'ARTICLE L. 221-18 DU CODE DE LA MUTUALITÉ)

A - Vous disposez d'un droit de renonciation lorsque la souscription du contrat a été réalisée à distance.

B - La demande doit nous être notifiée :

- soit par lettre simple,
- soit par déclaration faite à notre Siège social ou dans l'une de nos Agences.

Vous devez adresser votre lettre à la Mutuelle **Ociane** - 76030 Rouen Cedex 1 selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse), souhaite par cette lettre renoncer au contrat **Matmut** Santé Travailleur Indépendant n°... souscrit le XX/XX/XX. ».

Elle doit être effectuée dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de réception ou de remise des documents contractuels.

C - Les effets de la renonciation varient en fonction de la date à laquelle vous exprimerez votre demande :

- lorsqu'elle est formulée avant la date de prise d'effet des garanties, votre contrat est annulé. Dans ce cas, nous vous remboursons l'intégralité de la cotisation perçue au titre de ce contrat dans un délai maximum de 30 jours.
- lorsqu'elle est formulée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, la renonciation entraîne la résiliation de votre adhésion au contrat collectif de l'AADI, au lendemain à 0 heure de la date d'envoi de votre lettre ou du dépôt de votre déclaration dans l'une de nos Agences. Dans ce cas, nous procéderons au remboursement de la fraction de cotisation postérieure à la résiliation dans un délai maximum de 30 jours.

30-5 DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE SOUSCRIPTION SUITE À UN DÉMARCHAGE (SELON L'ARTICLE L. 121-21 DU CODE DE LA CONSOMMATION)

A - Vous disposez d'un droit de renonciation lorsque la souscription du contrat a été réalisée dans le cadre d'un démarchage à votre domicile ou sur votre lieu de travail

B - La demande doit nous être notifiée :

- soit par lettre simple,
- soit par déclaration faite à notre Siège social ou dans l'une de nos Agences.

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse), souhaite par cette lettre renoncer au contrat **Matmut** Santé Travailleur Indépendant n°... souscrit le XX/XX/XX. ».

Elle doit être effectuée dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de réception ou de remise des documents contractuels.

C - Les effets de la renonciation varient en fonction de la date à laquelle vous exprimerez votre demande :

- lorsqu'elle est formulée avant la date de prise d'effet des garanties, votre contrat est annulé. Dans ce cas, nous vous remboursons l'intégralité de la cotisation perçue au titre de ce contrat dans un délai maximum de 30 jours.
- lorsqu'elle est formulée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, la renonciation entraîne la résiliation de votre adhésion au contrat collectif de l'AADI, au lendemain à 0 heure de la date d'envoi de votre lettre ou du dépôt de votre déclaration dans l'une de nos Agences. Dans ce cas, nous procéderons au remboursement de la fraction de cotisation postérieure à la résiliation dans un délai maximum de 30 jours.

Annexes

I - ASSISTANCE GROUPE MATMUT Page 26

II - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS Page 31

ASSISTANCE GROUPE MATMUT

Numéro d'appel Assistance Groupe Matmut : 0 800 30 20 30 (appel gratuit depuis un poste fixe).

I - VOS GARANTIES ASSISTANCE GROUPE MATMUT

I-1 Comment s'exercent nos garanties ?

Nous intervenons 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires domiciliés en France métropolitaine au numéro Azur 0 800 30 20 30 (prix d'un appel local ou selon les conditions de votre opérateur) et dès lors que votre demande entre dans le champ d'application des garanties.

Les garanties trouvent à s'appliquer au cours des multiples difficultés que vous pouvez rencontrer dans votre vie quotidienne. Elles n'ont pas pour autant vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, ni ne doivent aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et votre employeur.

L'application de ces garanties est appréciée par Assistance Groupe 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 qui vous sont occasionnés et à votre entourage.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par Assistance Groupe Matmut ou en accord préalable avec elle.

Nous ne participerons pas après coup aux dépenses que vous auriez engagées de votre propre initiative.

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation de votre contrat souscrit auprès de **Matmut Santé Prévoyance** pour tout événement survenu ultérieurement.

I-1-1 Pièces justificatives

Nous nous réservons le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, justificatif de l'employeur pour droits de garde d'enfants malades épuisés...).

I-1-2 Subrogation

Assistance Groupe Matmut est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par Assistance Groupe Matmut ; c'est-à-dire qu'Assistance Groupe Matmut effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

I-1-3 Prescription

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action des bénéficiaires contre Assistance Groupe Matmut 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 les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par Assistance Groupe Matmut aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à Assistance Groupe Matmut en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, Assistance Groupe Matmut et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

I-1-4 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'Assistance Groupe Matmut par courrier au 118 avenue de Paris - 79033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Petersbourg - 75008 Paris. Son avis s'impose à Assistance Groupe Matmut mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

I-1-5 Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance sont destinées à Assistance Groupe Matmut afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre. Ces informations sont uniquement transmises aux prestataires d'Assistance Groupe Matmut sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Ociane.

Conformément aux dispositions de La Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA Assurances, 118 avenue de Paris, 79033 Niort Cedex 9.

I-1-6 Déclaration mensongère

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, nous réclamerons 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.

I-1-7 Infraction

Nous ne serons pas tenus d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

I-1-8 Force majeure

Assistance *Groupe 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 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, empêchements climatiques.

I-1-9 Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- une immobilisation au domicile,
- la sortie d'une hospitalisation,
- un décès.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

Exclusions :

- les conséquences de maladies ou d'accidents causés intentionnellement, ou qui résultent d'un suicide, d'une tentative de suicide, ou d'une mutilation volontaire,
- les bilans de santé, check-up, examens médicaux faisant partie d'un dépistage à titre préventif, les traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ayant un caractère répétitif et régulier,
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- les séjours en maison de repos, de convalescence, centre de gériatrie, hospice, centre de cures médicales, dont le but n'est pas le traitement actif et curatif d'une affection pathologique médicale ou chirurgicale,
- les séjours en maison de rééducation (sauf pour rééducation fonctionnelle motrice à la suite d'un accident ou d'une intervention chirurgicale).

I-2 Garanties

I-2-1 En cas d'urgence médicale à votre domicile

> Orientation médicale et transport médicalisé

À votre demande, et si votre état de santé le justifie, nos services médicaux peuvent vous orienter vers des établissements médicaux ou paramédicaux adaptés, en fonction de la situation et de la zone géographique souhaitée.

Hors urgence médicale, nous organisons, sur prescription médicale, votre transport par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre votre domicile et un établissement de soins de votre choix, proche de votre domicile et médicalement adapté. Si votre état le nécessite, nous organisons votre retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à votre charge.

> Acheminement de médicaments

Vous avez un besoin urgent de médicaments prescrits par votre médecin et vous n'êtes temporairement pas en état de vous déplacer : nous allons chercher et livrons à votre domicile les médicaments indispensables à votre traitement. Vous devez alors faire l'avance de leur coût et en demander le remboursement à la Sécurité sociale puis à *Ociane*.

I-2-2 En cas d'hospitalisation imprévue

Si vous-même, ou votre conjoint, êtes hospitalisé(e) à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine pour une durée supérieure à 24 heures, soit 2 nuits minimum, nous vous faisons bénéficier des garanties suivantes.

> Transmission de messages urgents

Nous nous chargeons, si vous le souhaitez, d'avertir vos proches ou de transmettre, par les moyens les plus rapides, vos messages urgents.

> Présence d'un proche à votre chevet

Aucun de vos proches ne réside à proximité (moins de 50 km) de votre lieu d'hospitalisation : nous organisons et prenons en charge la présence à votre chevet d'un membre de votre famille résidant en France métropolitaine.

Nous mettons à sa disposition un titre de transport A/R, et prenons également en charge ses frais d'hébergement sur place pendant 2 nuits à concurrence de 50 € par nuit.

> **Prise en charge des enfants**

Personne ne peut assurer la garde de vos enfants de moins de 16 ans ; nous organisons et prenons en charge :

- soit le transfert A/R, à votre domicile, de l'un de vos proches résidant en France métropolitaine,
- soit leur transfert A/R accompagné chez l'un de vos proches résidant en France métropolitaine,
- soit enfin leur prise en charge par une personne qualifiée pendant 5 jours ouvrés consécutifs au plus et à concurrence de 8 heures par jour.

Cette personne, suivant l'âge de vos enfants, pourra assurer leur garde ou leur accompagnement non motorisé à l'école.

> **Prise en charge des ascendants dépendants**

Cette garantie s'exerce de la même façon que la prise en charge de vos enfants, sous réserve que vos ascendants vivent sous votre toit.

N.B. : la prise en charge de vos enfants et/ou ascendants s'exerce également et dans les mêmes conditions en cas de séjour en maternité supérieure à 8 jours.

Si vous-même, ou votre conjoint, êtes hospitalisé(e) à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine pour une durée supérieure à 48 heures, soit 3 nuits minimum, nous vous faisons bénéficier des garanties suivantes :

> **Aide à domicile**

Lorsque votre état de santé et/ou votre situation de famille le justifie, nous vous faisons bénéficier des services d'une aide à domicile pour faciliter le retour à la normale de la vie de votre foyer : *Assistance Groupe 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 votre famille à faire face aux obligations domestiques qui vous incombent habituellement,
- soit au cours des deux semaines qui suivent votre retour au domicile, en vous soulageant des tâches ménagères que votre convalescence ne vous permet pas d'assumer.

L'aide à domicile pourra ainsi assurer, les jours ouvrés, tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les courses quotidiennes, préparer les repas...

La durée de mise à disposition de cette aide à domicile sera dans tous les cas déterminée par *Assistance Groupe Matmut*, et organisée sur 10 jours ouvrés consécutifs.

N.B. : cette garantie s'applique également en cas :

- d'immobilisation au domicile d'une durée supérieure à 5 jours à la suite d'une maladie soudaine ou d'un accident corporel,
- de séjour en maternité d'une durée supérieure à 8 jours,
- en cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie en établissement hospitalier ou à domicile, nous mettons une aide ménagère à votre disposition dans la limite de 10 heures pendant toute la durée du traitement.

> **Garde des animaux domestiques**

Vous ne savez pas à qui confier vos animaux domestiques (chiens, chats) : nous organisons et prenons en charge leur garde dans un établissement spécialisé, à concurrence de 30 jours.

> **Téléassistance**

Vous êtes âgé(e) de 75 ans et plus et vous vous trouvez isolé(e) pendant votre convalescence après une hospitalisation de plus de 2 jours : nous mettons gracieusement à votre disposition un appareil de téléassistance pendant une durée de 3 mois. Au-delà de cette période, nous pouvons, à votre demande, prolonger cette mise à disposition à un tarif d'abonnement préférentiel.

I-2-3 En cas d'hospitalisation prévue

Si vous-même, ou votre conjoint, êtes hospitalisé(e) de façon programmée, pour une durée supérieure à 48 heures, soit 3 nuits minimum, nous vous faisons bénéficier du service suivant :

> **Aide à domicile**

Nous vous mettons en relation avec notre réseau de prestataires d'aide à domicile. Le coût de la prestation aide à domicile reste à votre charge.

I-2-4 En cas de souci avec vos enfants

> **Présence d'un membre de la famille au chevet de votre enfant hospitalisé**

Votre enfant de moins de 16 ans est hospitalisé à plus de 50 km de votre domicile : nous mettons à votre disposition ou à celle de tout autre membre de votre famille, un titre de transport A/R pour vous rendre à son chevet. Nous prenons également en charge vos frais d'hébergement sur place pendant 7 nuits à concurrence de 50 € par nuit.

> **Prise en charge des frères et sœurs en cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 24 heures, d'un de vos enfants de moins de 16 ans**

Si personne ne peut assurer la garde de vos autres enfants de moins de 16 ans, nous organisons et prenons en charge :

- soit la garde de vos enfants,
- soit la mise à disposition d'une aide ménagère pendant la durée d'hospitalisation, ou dès le retour de l'enfant 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.

> **Garde d'enfant malade**

Un problème médical imprévu (maladie soudaine ou accident) oblige votre enfant à rester immobilisé à votre domicile alors que votre activité professionnelle ne vous permet pas de rester à son chevet, nous vous proposons d'organiser et de prendre en charge :

- soit le transfert A/R, à votre domicile, de l'un de vos proches résidant en France métropolitaine,
- soit sa garde à votre domicile par du personnel qualifié, ce pendant 5 jours consécutifs au plus et à concurrence de 30 heures.

Cette possibilité ne s'exerce toutefois qu'après épuisement des congés pour garde d'enfants malades auxquels peuvent prétendre les parents salariés.

N.B. : la garantie garde d'enfant malade s'applique dans la limite de 3 interventions par foyer et par an.

> Soutien pédagogique à domicile

Votre enfant est en convalescence à votre domicile et ne peut retourner à l'école avant plus de 15 jours : nous mettons à votre disposition les services d'un répétiteur scolaire qui lui apportera dans les matières principales, le soutien pédagogique dont il a besoin. Cette garantie s'exerce dès le 1er jour et pendant 6 semaines, à concurrence de 3 heures de cours à domicile par journée d'absence, ce tant que l'enfant n'est pas en mesure de retourner en classe.

La garantie s'arrête, en tout état de cause, à la fin de l'année scolaire.

> Prise en charge de vos enfants en cas d'arrêt de travail de la personne en assurant la garde

En cas d'hospitalisation (plus de 24 h) et/ou d'immobilisation au domicile (plus de 48 h) imprévues (accident ou maladie soudaine) de la personne déclarée en charge de vos enfants de moins de 16 ans, nous organisons et prenons en charge :

- soit la mise à disposition d'une personne qualifiée à concurrence de 30 h sur 5 jours ouvrés consécutifs au maximum,
- soit le transfert A/R, au domicile de l'adhérent, d'un proche résidant en France métropolitaine ou le transfert du ou des enfants au domicile de celui-ci.

1-2-5 En cas de naissance multiple

> Auxiliaire de puériculture

En cas de naissance multiple, nous organisons et prenons en charge la mise à disposition d'une auxiliaire de puériculture à votre domicile (3 h) au cours des 5 jours ouvrés qui suivent votre sortie de maternité. Cette personne qualifiée vous apportera son aide pour vous organiser en vous rappelant notamment les principes essentiels relatifs aux soins des bébés.

> Aide à domicile

Nous mettons également à votre 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.

1-2-6 Allô Info Bébé

Vous avez un jeune enfant, vous attendez un enfant, ou vous avez un projet de maternité ?

Ce service est destiné à répondre aux questions relatives au bien-être du nouveau-né. Il est à votre disposition autant de fois que vous le souhaitez 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.

1-2-7 Vous êtes étudiant et immobilisé à la suite d'un accident

> Aide à la poursuite des études

Vous êtes âgé(e) de 18 à 28 ans, suivez des études supérieures et êtes hospitalisé(e) ou immobilisé(e) à votre domicile pour une durée supérieure à 15 jours à la suite d'un accident corporel : nous organisons et prenons en charge le portage de la copie de vos cours et les frais y afférents (photocopies...) à concurrence de 250 €

1-2-8 Vous avez entre 18 et 28 ans et êtes à la recherche d'un emploi

> Participation aux frais de déplacement

Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à Pôle emploi depuis plus de 3 mois et êtes convoqué(e) à un entretien d'embauche dans un lieu situé à plus de 200 km de votre domicile. Nous prenons en charge :

- vos frais de déplacement à concurrence de 150 €,
- vos frais d'hébergement sur place à concurrence de 50 €.

N.B. : cette garantie peut s'appliquer deux fois par an et intervient (dans la limite des frais engagés) en complément de la participation de Pôle emploi, auprès de laquelle l'adhérent doit préalablement effectuer une demande de prise en charge.

1-2-9 Vous voulez arrêter de fumer

> Accompagnement au sevrage

Pour vous aider dans le choix d'une méthode de sevrage tabagique, et vous soutenir dans votre démarche, nous vous proposons un ensemble d'informations et de conseils santé.

1-2-10 En cas de perte d'autonomie

Si vous n'êtes plus en mesure d'accomplir seul les gestes de la vie quotidienne, nous vous faisons bénéficier des services suivants :

> "Allô Info Dépendance"

Un service d'information téléphonique "Dépendance", accessible de 8 h à 19 h du lundi au vendredi vous apporte toutes les informations utiles sur les aides personnalisées, matérielles et financières, les associations et organismes compétents, la législation, les droits et prestations spécifiques pour les personnes dépendantes...

> Accompagnement dans les démarches

Dès lors que votre état de dépendance est attesté médicalement, nous vous apportons notre soutien pour constituer votre dossier de demande d'aide au budget, à la famille ou au logement par exemple, nous vous aidons dans votre recherche d'établissement spécialisé susceptible de vous accueillir de façon temporaire ou permanente.

De plus, si vous le souhaitez, nous pouvons organiser la réalisation d'un bilan afin d'évaluer si votre logement est adapté à votre situation. Si nécessaire, nous pouvons organiser l'intervention d'un spécialiste pour estimer l'impact financier d'une adaptation de votre habitat et vous conseillons afin de vous permettre d'obtenir des aides au financement des travaux. Le coût de cette prestation reste à votre charge.

I-2-11- 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 7650 € 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 7650 € 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 Groupe 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.

I-2-12 En cas de décès

> Aide à domicile

Cette garantie s'exerce en cas de décès de l'un des bénéficiaires. La durée de mise à disposition d'une aide à domicile sera déterminée par Assistance Groupe Matmut et organisée dans la limite de 10 heures sur 10 jours ouvrés consécutifs maximum.

> Avance de fonds

Nous pouvons également faire l'avance des frais d'obsèques à concurrence de 2300 € contre reconnaissance de dette par le conjoint survivant dans un délai de 30 jours.

I-2-13 Accompagnement social et assistance psychologique par téléphone

> En cas de grave problème de santé* ou de décès d'un bénéficiaire

Nous vous mettons en contact avec un(e) assistant(e) social(e) pour vous aider dans vos démarches. Vous pouvez également obtenir, dans cette situation, une assistance psychologique auprès d'un spécialiste, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h (jusqu'à 3 entretiens téléphoniques, au terme desquels vous pouvez être orienté(e) vers un psychologue de votre ville).

* Toute maladie ou accident dont les caractéristiques sont susceptibles de remettre en question les équilibres économiques, « organisationnels », psychologiques de l'adhérent et de son foyer.

I-2-14 Vous avez besoin d'un renseignement ?

> Informations médicales 24 h/24 et 7 j/7

Nos médecins répondent à toutes vos questions relatives à la santé...

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

> Informations juridiques, vie pratique et « spécial famille », du lundi au vendredi de 8 h à 19 h

Un service d'informations sur la transmission des biens, le droit de la famille, la justice, le droit de la consommation, la copropriété, le logement, la retraite, la fiscalité et toutes les formalités administratives.

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Information du client sur les modalités d'examen des réclamations conformément à la Recommandation 2015-R-03 de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution du 26 février 2015, et sur la Médiation conformément à l'Ordonnance n° 2015-1033 du 20 août 2015.

I - 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.

2 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

A - Recours hiérarchique et Service « Réclamations »

1 - Recours hiérarchique

En cas de désaccord entre vous et nous, à l'occasion de la distribution, de la gestion du présent contrat ou du règlement d'un sinistre, vous devez tout d'abord vous 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 vous maintenez votre contestation malgré ces explications, votre réclamation est soumise à la hiérarchie du décisionnaire, qui examine le bien-fondé de votre requête.

2 - Service « Réclamations »

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

3 - Délais de réponse

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

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

B - Médiation

1 - Modalités de saisine

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

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

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

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

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

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

2 - 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.

3 - Opposabilité

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

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité et par les dispositions statutaires fixant les rapports entre **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 9. Il se compose des présentes Conditions Générales ainsi que d'un bulletin d'adhésion remis lors de l'adhésion et peut être complété, le cas échéant, par des conventions spéciales.

Les informations recueillies, destinées à la gestion de nos relations, font l'objet d'un traitement informatique par la Mutuelle **Ociane** et ses partenaires. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez vous y opposer et disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données auprès de la Mutuelle **Ociane**, 8 terrasse du Front du Médoc, 33054 Bordeaux Cedex.

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

Crédit photo : © goodluz - Fotolia.com
CG SANTÉ.TI - 01/17



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

Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc
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