Santé

CONTRAT D'ASSURANCE

**« Matmut Santé »**

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Mutuelle Ociane

GROUPE MATMUT

# Conditions Générales
# Matmut Santé

## Règlement Mutualiste
## Notice d'information

Nous accordons, soit au titre des frais de soins exposés par le souscripteur et ses ayants droit, soit au titre des prestations prévues dans les Annexes I, II, III et IV des présentes Conditions Générales, les garanties définies ci-après, lorsque la formule, les niveaux de couverture et, le cas échéant, les garanties facultatives souscrites, mentionnées aux Conditions Particulières, les prévoient.

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

Mutuelle Ociane
GROUPE MATMUT

# Sommaire


**TITRE I — MIEUX COMPRENDRE VOTRE CONTRAT — Page 4**

**Section I - Principales définitions ..... Page 4**

Lexique ..... Page 4

**Section II - Dispositions générales ..... Page 10**

Article 1 - Objet du contrat ..... Page 10
Article 2 - Dispositif réglementaire ..... Page 10
Article 3 - Formules contractuelles ..... Page 10
Article 4 - Le souscripteur et ses ayants droit ..... Page 10
Article 5 - Niveaux de prestations proposés pour chacune des formules (plafonds et limites) ..... Page 11
Article 6 - Étendue territoriale ..... Page 16

**TITRE II — GARANTIES ET SERVICES PROPOSÉS — Page 16**

**Section I - Garanties de votre contrat ..... Page 16**

Article 7 - Hospitalisation ..... Page 16
Article 8 - Frais médicaux courants ..... Page 16
Article 9 - Optique ..... Page 16
Article 10 - Dentaire ..... Page 17
Article 11 - « Prévention et Bien-Être » ..... Page 17
Article 12 - Protection « Gros Pépin » ..... Page 18
Article 13 - Protection Juridique ..... Page 18
Article 14 - Assistance **Matmut Santé** ..... Page 18
Article 15 - Protection hospitalière ..... Page 18
Article 16 - Indemnité décès ..... Page 18

**Section II - Services de votre contrat ..... Page 19**

Article 17 - Tiers payant ..... Page 19
Article 18 - Action sociale ..... Page 19

**Section III - Exclusions communes à toutes les garanties ..... Page 19**

Article 19 - Risques exclus ..... Page 19

**TITRE III** **MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS** **Page 20**

Article 20 - Données de santé ..... Page 20
Article 21 - Vos obligations ..... Page 20
Article 22 - Étendue de nos engagements ..... Page 20
Article 23 - Gestion de nos relations..... Page 22
Article 24 - Subrogation ..... Page 22

**TITRE IV** **FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT** **Page 23**

Article 25 - Vos obligations ..... Page 23
Article 26 - Formation et durée ..... Page 23
Article 27 - Cotisation ..... Page 25
Article 28 - Autres assurances ..... Page 25
Article 29 - Prescription-Forclusion ..... Page 25
Article 30 - Résiliation ..... Page 26

**ANNEXES** ..... **Page 28**
Annexe I - Protection Juridique « Mesures de Protection de la Personne Majeure » ..... Page 29
Annexe II - Assistance **Matmut Santé** ..... Page 32
Annexe III - Protection hospitalière ..... Page 36
Annexe IV - Indemnité décès ..... Page 38
Annexe V - Traitement des réclamations ..... Page 39

## MIEUX COMPRENDRE VOTRE CONTRAT

Section I - PRINCIPALES DÉFINITIONS

### LEXIQUE

***Ce lexique est destiné à vous aider à mieux comprendre votre contrat.***

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

**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.

**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 pour une Complémentaire Santé doit être faite auprès de la Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire qui décide de son attribution.

**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, pédicures-podologues…

**Avenant**
Document constatant une modification de votre contrat.

**Ayants droit**
Membres de la famille du souscripteur (son conjoint et leurs enfants à charge ou leurs petits-enfants), bénéficiaires des garanties du contrat, désignés aux Conditions Particulières (voir article 4 des présentes Conditions Générales).

**Base de remboursement (BR)**
Tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la Sécurité sociale et celui d'**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 du souscripteur 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 ».

**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 **Ociane**, il s'agit :
• du régime de Sécurité sociale d'affiliation,
• du lieu de résidence,
• du nombre d'ayants droit,
• de l'âge des bénéficiaires,
• des garanties souscrites.
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 valant Règlement Mutualiste et également Notice d'information pour le contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association pour l'Assurance Des Indépendants (AADI), Il concerne le souscripteur et les bénéficiaires des garanties du contrat et précise notamment les garanties proposées ainsi que les dispositions relatives au fonctionnement du contrat.

**Conditions Particulières**
Document que nous vous délivrons lors de la souscription du contrat ou de sa modification (avenant) qui précise notamment les noms du souscripteur et de ses ayants droit, la formule et le niveau de couverture souscrits ainsi que la date d'effet des garanties. Les présentes Conditions Particulières formalisent, le cas échéant, l'adhésion du travailleur indépendant à l'Association pour l'Assurance Des Indépendants.

**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** 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).

*« carte Vitale » est une marque déposée.*

**Enfant ou petit-enfant handicapé**
Personne bénéficiaire de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ou de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

**Enfant ou petit-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 1er janvier de chaque année sauf le forfait optique lequel se renouvelle tous les deux ans à compter de la date d'achat du dernier équipement. Le montant des forfaits semestriels se renouvelle au 1er juillet et au 1er janvier de chaque année. L'augmentation du montant des plafonds liée à l'ancienneté se calcule à partir de la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire aux Conditions Particulières. **Les plafonds et forfaits annuels et 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.

**Garanties viagères**
Les garanties sont accordées à vie, **à l'exclusion de la garantie facultative Indemnité Décès** (Annexe IV). Elles ne peuvent être interrompues par le souscripteur ou par la Mutuelle **Ociane**, que dans les cas et conditions visés à l'article 30 des présentes Conditions Générales.

**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 du 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 à Service Médical Rendu**
• important : remboursés par l'Assurance Maladie à hauteur de 65 %,
• modéré/faible : remboursés par l'Assurance Maladie respectivement à hauteur de 30 % et 15 %.

**Mutuelle (la)**
Cf. Nous.

**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).

**Nullité du contrat**
Mesure visée par la loi – article L. 221-14 du Code de la Mutualité – pour sanctionner le souscripteur 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.

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

**Participation forfaitaire**
Somme forfaitaire, dont le montant est fixé par décret, qui reste, conformément aux dispositions de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, à la charge de l'assuré pour chaque consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste ou les examens de radiologie ou de biologie.
La participation forfaitaire ne concerne pas les personnes âgées de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir de leur 6e mois de grossesse et les bénéficiaires de la 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…).

**Placements particuliers**
Hébergement dans un établissement à caractère médico-social prenant en charge des personnes handicapées et proposant notamment un accompagnement médical et/ou éducatif et/ou professionnel adapté (ex : Foyer d'Accueil Médicalisé, Maison d'Accueil Spécialisée, Instituts d'Éducation Motrice, Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique…) et plus généralement les établissements figurant à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

**Plafond**
Cf. définition Forfaits et plafonds.

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

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

**Prothèses dentaires**
Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :
• les prothèses fixes, telles que les couronnes et les bridges,
• les prothèses amovibles (dentiers).

**Phytothérapie**
Discipline basée sur le traitement ou la prévention des maladies par l'usage des plantes.

**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**
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 la Mutuelle.

**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**
L'adhérent à la Mutuelle **Ociane** signataire du présent contrat et défini sous ce nom aux Conditions Particulières. Il a la qualité de bénéficiaire des garanties du contrat **Matmut Santé**.

**Stage, Délai d'attente ou Délai de carence**
Période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas – ou s'applique de manière limitée – bien que l'assuré cotise.
Le délai de carence commence à courir à compter du jour de la souscription de la garantie facultative.

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

**Verres**
- Verres simples : 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 : 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 et verres multifocaux ou progressifs.

**Nous**
Pour les garanties « Frais de soins », « Protection hospitalière » et « Indemnité Décès » : Mutuelle **Ociane**.
Pour la garantie « Assistance **Matmut Santé** » : **Matmut**, société d'assurance mutuelle.
Pour la garantie « Protection Juridique - Mesures de Protection de la Personne Majeure » : **Matmut** *Protection Juridique*.

**Vous**
Le souscripteur en ce qui concerne le Titre IV « Fonctionnement de votre contrat ». Toute personne ayant la qualité de bénéficiaire pour les autres Titres.

ARTICLE 1

## Objet du contrat

Le présent contrat est proposé par la Mutuelle **Ociane**, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

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 le souscripteur et ses ayants droit, **sous réserve des exclusions visées à l'article 19 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 suivront les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

### 2-2 DURÉE DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont viagères, à l'exception de la garantie facultative Indemnité Décès (Annexe IV), et peuvent être interrompues par vous 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 la Mutuelle (article 19-1 des présentes Conditions Générales).**

### 2-4 RÉGIME APPLICABLE AUX TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Pour les bénéficiaires relevant du Régime Obligatoire des Travailleurs Indépendants, les garanties santé sont éligibles à la Loi dite Madelin (Loi n° 94-126 du 11 février 1994). La souscription intervient 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 ils adhèrent dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative par la signature des Conditions Particulières.
Au titre du présent dispositif, les Conditions Générales valent Notice d'information.
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 établit chaque année une attestation qu'elle envoie à ses adhérents.

ARTICLE 3

## Formules contractuelles

Trois formules contractuelles sont disponibles en fonction de la situation du souscripteur ; chacune d'elles est proposée avec différents niveaux de prestations.
Il s'agit des formules :
- « Jeunes »,
- « Famille »,
- « 55 + ».

**Lors de la souscription du contrat, c'est l'âge du souscripteur et/ou la présence d'enfant(s) désigné(s) en qualité d'ayant(s) droit au contrat qui déterminent l'éligibilité à l'une ou l'autre des formules contractuelles ci-avant**.

ARTICLE 4

## Le souscripteur et ses ayants droit

Le souscripteur est nécessairement bénéficiaire des prestations du contrat **Matmut Santé** qu'il souscrit. Il ne peut souscrire qu'un seul contrat à la fois.
Au titre d'un même contrat, les bénéficiaires adultes ont tous le même niveau de garanties « Adultes » et les bénéficiaires enfants et/ou petits-enfants ont tous le même niveau de garanties « Enfants ».
Un enfant ou un petit-enfant ne peut être bénéficiaire du contrat **Matmut Santé** sans un parent ou un grand-parent souscripteur de ce contrat.
La cotisation est gratuite pour le 3e enfant et les suivants inscrits sur le même contrat.

**En revanche, la désignation aux Conditions Particulières d'un petit-enfant donne toujours lieu à la perception d'une cotisation, et ce, quel que soit le nombre d'enfants ou de petits-enfants désignés par ailleurs au contrat.**
**Le souscripteur et ses ayants droit, tels que définis ci-après, doivent relever soit du régime général d'Assurance Maladie Obligatoire français, soit d'un régime spécial aligné sur ce dernier, soit du régime local « Alsace-Moselle ».**

### 4-1 FORMULE « JEUNES »

**A - Souscripteur**
Le souscripteur doit opter pour la formule « Jeunes » dès lors qu'il est âgé de moins de 28 ans et ne désigne pas d'enfant au contrat, en qualité de bénéficiaire des prestations.

**B - Ayant droit**
Est considéré comme ayant droit du souscripteur, bénéficiaire des garanties du contrat, **lorsqu'il est désigné aux Conditions Particulières :**
• son conjoint.

### 4-2 FORMULE « FAMILLE »

**A - Souscripteur**
Le souscripteur doit opter pour la formule « Famille » dès lors qu'il est âgé :
• de 28 à 55 ans,
• de plus de 55 ans et désigne au contrat, en qualité d'ayant droit, bénéficiaire des prestations, au moins un enfant (le sien ou celui de son conjoint) tel que défini ci-après,
• de moins de 28 ans et désigne au contrat, en qualité d'ayant droit, bénéficiaire des prestations, au moins un enfant (le sien ou celui de son conjoint) tel que défini ci-après.

**B - Ayants droit**
Sont considérés comme ayants droit du souscripteur, bénéficiaires des garanties du contrat, **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 21 ans,
• ses petits-enfants (ou ceux de son conjoint), **issus d'enfants inscrits au contrat,**
• ses enfants handicapés (ou ceux de son conjoint) âgés de moins de 21 ans. Ceux-ci peuvent conserver le bénéfice des garanties « Enfants », sans condition d'âge, **dès lors qu'ils ont été inscrits avant leur 21e anniversaire.**
**Les enfants et petits-enfants désignés aux Conditions Particulières ne peuvent bénéficier que des garanties spécifiques « Enfants ».**

### 4-3 FORMULE « 55 + »

**A - Souscripteur**
Le souscripteur doit opter pour la formule « 55 + » dès lors qu'il est âgé de plus de 55 ans et ne souhaite pas désigner d'enfant au contrat, en qualité de bénéficiaire des prestations.

**B - Ayants droit**
Sont considérés comme ayants droit du souscripteur, bénéficiaires des garanties du contrat, **lorsqu'ils sont désignés aux Conditions Particulières :**
• son conjoint,
• ses petits-enfants (ou ceux de son conjoint) âgés de moins de 18 ans ou, s'ils sont scolarisés, de moins de 21 ans,
• ses petits-enfants handicapés (ou ceux de son conjoint) âgés de moins de 21 ans. Ceux-ci peuvent conserver le bénéfice des garanties « Enfants », sans condition d'âge, **dès lors qu'ils ont été inscrits avant leur 21e anniversaire.**
**Les petits-enfants désignés aux Conditions Particulières ne peuvent bénéficier que des garanties spécifiques « Enfants ».**

## ARTICLE 5

## Niveaux de prestations proposés pour chacune des formules (plafonds et limites)

**LES FORMULES PROPOSÉES SE DÉCLINENT DE LA FAÇON SUIVANTE :**

• « Jeunes » 3 niveaux de garanties « Adultes »,
• « Famille » 4 niveaux de garanties « Adultes » + 2 niveaux de garanties « Enfants » pour les enfants et petits-enfants.
• « 55 + » 4 niveaux de garanties « Adultes » + 2 niveaux de garanties « Enfants » pour les petits-enfants.

## 5-1 FORMULE « JEUNES »

| | NIVEAU 1 | NIVEAU 2 | NIVEAU 3 |
|---|---|---|---|
| **HOSPITALISATION** | | | |
| Honoraires et actes techniques réalisés lors d'un séjour à l'hôpital (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR [1] |
| Frais de séjour | | | 100 % BR |
| Forfait journalier | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Chambre particulière | - | 35 €/jour | 50 €/jour |
| Bonus chambre particulière au-delà de 10 jours consécutifs en chambre particulière, hors placements particuliers et psychiatrie | - | + 15 €/jour | + 15 €/jour |
| **Chambre particulière/Bonus Chambre particulière dans la limite de 90 jours par an dont 30 jours en psychiatrie** | | | |
| **FRAIS MÉDICAUX COURANTS dans le cadre du parcours de soins coordonnés** | | | |
| Consultations et visites généralistes (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR [1] |
| Consultations et visites spécialistes (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR [1] |
| Actes techniques réalisés en cabinet (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR [1] |
| Analyses et radiologie | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR [1] |
| Auxiliaires médicaux | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR |
| Médicaments à Service Médical Rendu Important (65 %) | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Médicaments à Service Médical Rendu Modéré ou Faible (30 % ou 15 %) | - | | |
| Transports médicaux pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Prothèses et appareillage hors dentaires et auditifs | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR |
| Prothèses auditives | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| **Remboursement de vos FRAIS MÉDICAUX COURANTS hors parcours de soins coordonnés** | | | |
| Consultations et visites généralistes (actes cliniques et techniques) | 100 % BR hors majoration du ticket modérateur appliquée par la Sécurité sociale | | |
| Consultations et visites spécialistes (actes cliniques et techniques) | | | |
| Radiologie | | | |
| **OPTIQUE** | | | |
| Verres simples | 100 % BR | 40 €/verre | 55 €/verre |
| Verres complexes | 100 % BR | 70 €/verre | 80 €/verre |
| Monture | 100 % BR | 60 € | 70 € |
| Lentilles remboursées | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale | - | 50 €/an | 60 €/an |
| **Plafond annuel** | **1 paire de lunettes tous les deux ans sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue (1 paire par an)** | | |
| **DENTAIRE** | | | |
| Soins dentaires, inlay-onlay | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Prothèses fixes pour les dents non visibles | 100 % BR | 95 €/dent | 160 €/dent |
| Prothèses fixes pour les dents du sourire | 100 % BR | 160 €/dent | 270 €/dent |
| Inlay-core | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR |
| Bridge | 100 % BR | 240 % BR | 360 % BR |
| Autres actes prothétiques (par exemple prothèses amovibles) | 100 % BR | 100 % BR | 200 % BR |
| Implantologie | - | - | 365 €/dent |
| Autres travaux non remboursés par la Sécurité sociale : parodontie, endodontie, prothèses provisoires | - | - | 200 €/an |
| Orthodontie non remboursée | - | - | 125 €/semestre |
| **Plafond global annuel hors « soins dentaires, inlay-onlay »** | | | |
| **1re année** | **-** | **200 €/an** | **400 €/an** |
| **2e année** | **-** | **400 €/an** | **800 €/an** |
| **3e année et années suivantes** | **-** | **500 €/an** | **1 000 €/an** |
| **Une fois le plafond global annuel atteint, la prise en charge est de 100 % BR pour les actes remboursés par la Sécurité sociale.** | | | |
| **PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE** | | | |
| **Forfait global annuel (hors Plus Prévention) pour la prise en charge des dépenses suivantes :** | **30 €/an** | **50 €/an** | **80 €/an** |
| **CONTRACEPTION NON REMBOURSÉE**<br>Pilules, patchs, préservatifs | - | OUI | OUI |
| **MÉDECINES NON REMBOURSÉES**<br>Consultations d'ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens et psychologues | - | OUI | OUI |
| **ANTI-TABAC**<br>Patchs et autres traitements pharmaceutiques anti-tabac prescrits/Consultations d'acupuncture, auriculothérapie, hypnose | OUI | OUI | OUI |
| **VOYAGE**<br>Vaccins et traitements prescrits non remboursés par la Sécurité sociale | OUI | OUI | OUI |
| **Le Plus Prévention : prenez soin de votre santé en réalisant un des actes de prévention organisés par l'Assurance Maladie, et bénéficiez de l'Avantage Prévention et Bien-Être d'Ociane *Groupe* Matmut.**<br>Par exemple : - le dépistage gratuit des MST dans les centres agréés<br>- le check-up gratuit tous les 5 ans organisé par votre Caisse d'Assurance Maladie | + 15 €/an | + 15 €/an | + 15 €/an |
| **PROTECTION « GROS PÉPIN »** | | | |
| **Forfait global annuel pour la prise en charge des dépenses suivantes :** | **100 €/an** | **175 €/an** | **250 €/an** |
| **Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par la Sécurité sociale**<br>**Suivi psychologique prescrit en cas d'Affection Longue Durée**<br>**Chirurgie de l'œil** (par exemple la myopie) | OUI | OUI | OUI |
| **Le Plus Fidélité : votre forfait global annuel PROTECTION « GROS PÉPIN » augmente** | **2e année : forfait + 25 €**<br>**3e année : forfait + 50 €**<br>**4e année et suivantes : forfait + 75 €** | | |
| **ASSISTANCE SANTÉ** | OUI | OUI | OUI |
| **PROTECTION JURIDIQUE « Mesures de Protection de la Personne Majeure »** | OUI | OUI | OUI |
| **GARANTIES FACULTATIVES** | | | |
| Protection hospitalière : Niveau 1 : 20 €/jour Niveau 2 : 35 €/jour Niveau 3 : 50 €/jour<br>Indemnité Décès : 900 € | | | |

[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.

N.B. : les garanties exprimées en % BR s'entendent remboursement Sécurité sociale inclus. Les forfaits optiques, dentaires, Prévention et Bien-Être et « Gros Pépin » 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.



Mutuelle Ociane
GROUPE MATMUT

## Formule « Famille » - Tableau de garanties Adultes

| | NIVEAU 1 | NIVEAU 2 | NIVEAU 3 | NIVEAU 4 |
|---|---|---|---|---|
| **HOSPITALISATION** | | | | |
| Honoraires et actes techniques réalisés à l'hôpital (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR [1] | 200 % BR [1] |
| Frais de séjour | | | 100 % BR | 100 % BR |
| Forfait journalier | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Chambre particulière | - | 35 €/jour | 50 €/jour | 80 €/jour |
| Bonus chambre particulière au-delà de 10 jours consécutifs en chambre particulière, hors placements particuliers et psychiatrie | - | + 15 €/jour | + 15 €/jour | + 15 €/jour |
| **Chambre particulière/Bonus Chambre particulière dans la limite de 90 jours par an dont 30 jours en psychiatrie** | | | | |
| **FRAIS MÉDICAUX COURANTS dans le cadre du parcours de soins coordonnés** | | | | |
| Consultations et visites généralistes (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR [1] | 150 % BR [1] |
| Consultations et visites spécialistes (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR [1] | 200 % BR [1] |
| Actes techniques réalisés en cabinet (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR [1] | 200 % BR [1] |
| Analyses et radiologie | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR [1] | 150 % BR [1] |
| Auxiliaires médicaux | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR |
| Médicaments à Service Médical Rendu Important (65 %) | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Médicaments à Service Médical Rendu Modéré ou Faible (30 % ou 15 %) | - | | | |
| Transports médicaux pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Prothèses et appareillage hors dentaires et auditifs | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR | 175 % BR |
| Prothèses auditives | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| **Remboursement de vos FRAIS MÉDICAUX COURANTS hors parcours de soins coordonnés** | | | | |
| Consultations et visites généralistes (actes cliniques et techniques) | 100 % BR hors majoration du ticket modérateur appliquée par la Sécurité sociale | | | |
| Consultations et visites spécialistes (actes cliniques et techniques) | | | | |
| Radiologie | | | | |
| **OPTIQUE** | | | | |
| Verres simples | 100 % BR | 40 €/verre | 55 €/verre | 70 €/verre |
| Verres complexes | 100 % BR | 75 €/verre | 110 €/verre | 145 €/verre |
| Monture | 100 % BR | 50 € | 70 € | 90 € |
| Lentilles remboursées | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale | - | 30 €/ an | 60 €/ an | 70 €/ an |
| **Plafond annuel** | **1 paire de lunettes tous les deux ans sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue (1 paire par an)** | | | |
| **DENTAIRE** | | | | |
| Soins dentaires, inlay-onlay | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Prothèses fixes pour les dents non visibles | 100 % BR | 95 €/dent | 140 €/dent | 280 €/dent |
| Prothèses fixes pour les dents du sourire | 100 % BR | 160 €/dent | 250 €/dent | 380 €/dent |
| Inlay-core | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR | 200 % BR |
| Autres actes prothétiques (par exemple prothèses amovibles) | 100 % BR | 100 % BR | 200 % BR | 350 % BR |
| Bridges | 100 % BR | 240 % BR | 360 % BR | 480 % BR |
| Implantologie | - | - | 365 €/dent | 465 €/dent |
| Autres travaux non remboursés par la Sécurité sociale : parodontie, endodontie, prothèses provisoires | - | - | 200 €/ an | 300 €/an |
| Orthodontie non remboursée | - | - | 150 €/semestre | 200 €/semestre |
| **Plafond global annuel hors « soins dentaires, inlay-onlay »**<br>**1re année**<br>**2e année**<br>**3e année et années suivantes** | -<br>-<br>- | **200 €/an**<br>**400 €/an**<br>**500 €/an** | **400 €/an**<br>**800 €/an**<br>**1 000 €/an** | **600 €/an**<br>**1 200 €/an**<br>**1 500 €/an** |

**Une fois le plafond global annuel atteint, la prise en charge est de 100 % BR pour les actes remboursés par la Sécurité sociale.**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE** | | | | |
| **Forfait global (hors Plus Prévention) pour la prise en charge des dépenses suivantes :** | **50 €/an** | **80 €/an** | **100 €/an** | **120 €/an** |
| **CONTRACEPTION NON REMBOURSÉE**<br>Pilules, patchs, préservatifs | - | OUI | OUI | OUI |
| **MÉDECINES NON REMBOURSÉES**<br>Consultations d'ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens et psychologues | - | OUI | OUI | OUI |
| **ANTI-TABAC**<br>Patchs et autres traitements pharmaceutiques anti-tabac prescrits<br>Consultations d'acupuncture, auriculothérapie, hypnose | OUI | OUI | OUI | OUI |
| **SANTÉ**<br>Dépistage visuel et auditif | OUI | OUI | OUI | OUI |
| **Le Plus Prévention : prenez soin de votre santé en réalisant un des actes de prévention organisés par l'Assurance Maladie, et bénéficiez de l'Avantage Prévention et Bien-Être d'Ociane** *Groupe* **Matmut.**<br>Par exemple : - à partir de 50 ans, la mammographie prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale tous les 2 ans<br>- le check-up gratuit tous les 5 ans organisé par votre Caisse d'Assurance Maladie | + 15 €/an | + 15 €/an | + 15 €/an | + 15 €/an |
| **PROTECTION « GROS PÉPIN »** | | | | |
| **Forfait global annuel pour la prise en charge des dépenses suivantes :** | **100 €/an** | **175 €/an** | **250 €/an** | **300 €/an** |
| **Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par la Sécurité sociale**<br>**Suivi psychologique prescrit en cas d'Affection Longue Durée**<br>**Appareillage auditif**<br>**Chirurgie de l'œil** (par exemple la myopie ou le glaucome) | OUI | OUI | OUI | OUI |
| **Le Plus Fidélité : votre forfait global annuel PROTECTION « GROS PÉPIN » augmente** | **2e année : forfait + 25 €**<br>**3e année : forfait + 50 €**<br>**4e année et suivantes : forfait + 75 €** | | | |
| **ASSISTANCE SANTÉ** | OUI | OUI | OUI | OUI |
| **PROTECTION JURIDIQUE « Mesures de Protection de la Personne Majeure »** | OUI | OUI | OUI | OUI |

| **GARANTIES FACULTATIVES** | | | |
|---|---|---|---|
| Protection hospitalière : | Niveau 1 : 20 €/jour | Niveau 2 : 35 €/jour | Niveau 3 : 50 €/jour |
| Indemnité Décès : 900 € | | | |

[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.

N.B. : les garanties exprimées en % BR s'entendent remboursement Sécurité sociale inclus. Les forfaits optiques, dentaires, Prévention et Bien-Être et « Gros Pépin » 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.

Mutuelle Ociane
GROUPE MATMUT

## Formule « 55 + » - Tableau de garanties Adultes

| | NIVEAU 1 | NIVEAU 2 | NIVEAU 3 | NIVEAU 4 |
|---|---|---|---|---|
| **HOSPITALISATION** | | | | |
| Honoraires et actes techniques réalisés à l'hôpital (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR (1) | 200 % BR (1) |
| Frais de séjour | | | 100 % BR | 100 % BR |
| Forfait journalier | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Chambre particulière | - | 35 €/jour | 50 €/jour | 80 €/jour |
| Bonus chambre particulière au-delà de 10 jours consécutifs en chambre particulière, hors placements particuliers et psychiatrie | - | + 15 €/jour | + 15 €/jour | + 15 €/jour |
| Lit d'accompagnant | - | 20 €/jour | 30 €/jour | 50 €/jour |
| **Chambre particulière/Bonus Chambre particulière et Lit d'accompagnant dans la limite de 90 jours par an dont 30 jours en psychiatrie** | | | | |
| **FRAIS MÉDICAUX COURANTS dans le cadre du parcours de soins coordonnés** | | | | |
| Consultations et visites généralistes (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR (1) | 150 % BR (1) |
| Consultations et visites spécialistes (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR (1) | 200 % BR (1) |
| Actes techniques réalisés en cabinet (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR (1) | 200 % BR (1) |
| Analyses et radiologie | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR (1) | 150 % BR (1) |
| Auxiliaires médicaux | | | | |
| Médicaments à Service Médical Rendu Important (65 %) | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Médicaments à Service Médical Rendu Modéré ou Faible (30 % ou 15 %) | | | | |
| Transports médicaux pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Prothèses et appareillage hors dentaires et auditifs | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR | 200 % BR |
| Prothèses auditives | 100 % BR | 120 % BR | 150 % BR | 200 % BR |
| **Remboursement de vos FRAIS MÉDICAUX COURANTS hors parcours de soins coordonnés** | | | | |
| Consultations et visites généralistes (actes cliniques et techniques) | 100 % BR hors majoration du ticket modérateur appliquée par la Sécurité sociale | | | |
| Consultations et visites spécialistes (actes cliniques et techniques) | | | | |
| Radiologie | | | | |
| **OPTIQUE** | | | | |
| Verres simples | 20 €/verre | 40 €/verre | 55 €/verre | 60 €/verre |
| Verres complexes | 85 €/verre | 90 €/verre | 125 € /verre | 165 €/verre |
| Monture | 30 € | 50 € | 70 € | 90 € |
| Lentilles remboursées | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale | - | 40 €/an | 60 €/an | 80 €/an |
| **Plafond annuel** | **1 paire de lunettes tous les deux ans sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue (1 paire par an)** | | | |
| **DENTAIRE** | | | | |
| Soins dentaires, inlay-onlay | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Prothèses fixes pour les dents non visibles | 75 €/dent | 110 €/dent | 160 €/dent | 280 €/dent |
| Prothèses fixes pour les dents du sourire | 140 €/dent | 190 €/dent | 270 € /dent | 380 €/dent |
| Inlay-core | 100 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR |
| Bridges | 220 % BR | 275 % BR | 360 % BR | 480 % BR |
| Autres actes prothétiques (par exemple prothèses amovibles) | 100 % BR | 200 % BR | 250 % BR | 350 % BR |
| Implantologie | - | 220 €/dent | 365 €/dent | 465 €/dent |
| Autres travaux non remboursés par la Sécurité sociale : parodontie, endodontie, prothèses provisoires | - | 150 €/an | 200 € /an | 300 €/an |
| **Plafond global annuel hors « soins dentaires, inlay-onlay »** | | | | |
| **1re année** | **200 €/an** | **300 €/an** | **400 €/an** | **600 €/an** |
| **2e année** | **400 €/an** | **600 €/an** | **800 €/an** | **1 200 €/an** |
| **3e année et années suivantes** | **500 €/an** | **750 €/an** | **1 000 €/an** | **1 500 €/an** |
| **Une fois le plafond global annuel atteint, la prise en charge est de 100 % BR pour les actes remboursés par la Sécurité sociale.** | | | | |
| **PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE** | | | | |
| **Forfait global annuel (hors Plus Prévention) pour la prise en charge des dépenses suivantes :** | **20 €/an** | **50 €/an** | **100 €/an** | **120 €/an** |
| **PHARMACIE PRESCRITE NON REMBOURSÉE**<br>Homéopathie, phytothérapie, vaccin antigrippe et autres vaccins prescrits non remboursés | - | OUI | OUI | OUI |
| **MÉDECINES NON REMBOURSÉES**<br>Consultations d'ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens et psychologues | - | OUI | OUI | OUI |
| **VOYAGE**<br>Vaccins et traitements prescrits non remboursés par la Sécurité sociale | - | OUI | OUI | OUI |
| **SANTÉ**<br>Dépistage visuel et auditif/Bilan de la mémoire | OUI | OUI | OUI | OUI |
| **Le Plus Prévention : prenez soin de votre santé en réalisant un des actes de prévention organisés par l'Assurance Maladie, et bénéficiez de l'Avantage Prévention et Bien-Être d'Ociane** *Groupe* **Matmut**.<br>Par exemple : - pour les moins de 74 ans, la mammographie prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale tous les 2 ans<br>- le check-up gratuit tous les 5 ans organisé par votre Caisse d'Assurance Maladie | + 15 €/an | + 15 €/an | + 15 €/an | + 15 €/an |
| **PROTECTION « GROS PÉPIN »** | | | | |
| **Forfait global annuel pour la prise en charge des dépenses suivantes** | **100 €/an** | **175 €/an** | **250 €/an** | **300 €/an** |
| **Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par la Sécurité sociale**<br>**Suivi psychologique prescrit en cas d'Affection Longue Durée**<br>**Appareillage auditif**<br>**Chirurgie de l'œil** (par exemple la DMLA ou la cataracte)<br>**Cures thermales** remboursées par la Sécurité sociale en cas de douleurs rhumatismales, pathologies chroniques telle que la maladie de Parkinson | OUI | OUI | OUI | OUI |
| **Le Plus Fidélité : votre forfait global annuel PROTECTION « GROS PÉPIN » augmente** | **2e année : forfait + 25 €**<br>**3e année : forfait + 50 €**<br>**4e année et suivantes : forfait + 75 €** | | | |
| **ASSISTANCE SANTÉ** | OUI | OUI | OUI | OUI |
| **PROTECTION JURIDIQUE « Mesures de Protection de la Personne Majeure »** | OUI | OUI | OUI | OUI |
| **GARANTIES FACULTATIVES** | | | | |
| Protection hospitalière : Niveau 1 : 20 €/jour Niveau 2 : 35 €/jour Niveau 3 : 50 €/jour<br>Indemnité Décès : 900 € | | | | |

(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.

N.B. : les garanties exprimées en % BR s'entendent remboursement Sécurité sociale inclus. Les forfaits optiques, dentaires, Prévention et Bien-Être et « Gros Pépin » 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.



Mutuelle Ociane
GROUPE MATMUT

## 5-2 GARANTIES « ENFANTS » (EXCLUSIVEMENT POUR LES FORMULES « FAMILLE » ET « 55 + »)

| | NIVEAU 1 | NIVEAU 2 |
|---|---|---|
| **HOSPITALISATION** | | |
| Honoraires et actes techniques réalisés lors d'un séjour à l'hôpital (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 150 % BR (1) |
| Frais de séjour | | 100 % BR |
| Forfait journalier | Frais réels | Frais réels |
| Chambre particulière | 20 €/jour | 50 €/jour |
| Bonus chambre particulière au-delà de 10 jours consécutifs en chambre particulière, hors placements particuliers et psychiatrie | + 15 €/jour | + 15 €/jour |
| Lit d'accompagnant | 10 €/jour | 30 €/jour |
| **Chambre particulière/Bonus Chambre particulière et Lit d'accompagnant dans la limite de 90 jours par an dont 30 jours en psychiatrie** | | |
| **FRAIS MÉDICAUX COURANTS dans le cadre du parcours de soins coordonnés** | | |
| Consultations et visites généralistes (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 125 % BR (1) |
| Consultations et visites spécialistes (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 150 % BR (1) |
| Actes techniques réalisés en cabinet (y compris la participation forfaitaire pour actes coûteux) | 100 % BR | 150 % BR (1) |
| Analyses et radiologie | 100 % BR | 125 % BR (1) |
| Auxiliaires médicaux | | |
| Médicaments à Service Médical Rendu Important (65 %) | 100 % BR | 100 % BR |
| Médicaments à Service Médical Rendu Modéré ou Faible (30 % ou 15 %) | | |
| Transports médicaux pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % BR | 100 % BR |
| Prothèses et appareillage hors dentaires et auditifs | 100 % BR | 150 % BR |
| Prothèses auditives | 100 % BR | 150 % BR |
| **Remboursement de vos FRAIS MÉDICAUX COURANTS hors parcours de soins coordonnés (pour les enfants de plus de 16 ans)** | | |
| Consultations et visites généralistes (actes cliniques et techniques) | 100 % BR hors majoration du ticket modérateur appliquée par la Sécurité sociale | |
| Consultations et visites spécialistes (actes cliniques et techniques) | | |
| Radiologie | | |
| **OPTIQUE** | | |
| Verres simples | 20 €/verre | 30 €/verre |
| Verres complexes | 95 €/verre | 105 €/verre |
| Monture | 15 € | 15 € |
| Lentilles remboursées | 100 % BR | 100 % BR |
| Lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale | 30 €/an | 70 €/an |
| Pour les enfants de - de 18 ans | 1 paire de lunettes par an | |
| **Pour les enfants de + de 18 ans** | **1 paire de lunettes tous les deux ans sauf renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue (1 paire par an)** | |
| **DENTAIRE** | | |
| Soins dentaires, inlay-onlay | 100 % BR | 100 % BR |
| Actes prothétiques remboursés | 50 €/dent | 175 €/dent |
| Orthodontie remboursée | 50 €/semestre | 175 €/semestre |
| Parodontie/Endodontie | - | 100 €/an |
| **Plafond global annuel hors « soins dentaires et orthodontie »** | **200 €/an** | **500 €/an** |
| **Une fois le plafond global annuel atteint, la prise en charge est de 100 % BR pour les actes remboursés par la Sécurité sociale.** | | |
| **PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE** | | |
| **Forfait global annuel (hors Plus Prévention) pour la prise en charge des dépenses suivantes :** | **30 €/an** | **100 €/an** |
| **MÉDECINES NON REMBOURSÉES**<br>Consultations d'ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues | OUI | OUI |
| **PHARMACIE PRESCRITE NON REMBOURSÉE**<br>Homéopathie, vaccins prescrits non remboursés | OUI | OUI |
| **SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT** | | |
| Dépistage des troubles du développement chez les tous petits (dépistage visuel et auditif des moins de 3 ans) | OUI | OUI |
| Dépistage des troubles de l'apprentissage (vue, audition, dyslexie, dyscalculie) et du comportement (troubles alimentaires, relationnels) | OUI | OUI |
| Bilans allergiques (tests cutanés) | OUI | OUI |
| **Le Plus Prévention : lors de la réalisation d'un des bilans santé et prévention suivants, bénéficiez de l'Avantage Prévention et Bien-Être d'Ociane** *Groupe* **Matmut :** | | |
| **- en cas de bilans dentaires (à 6, 9, 12, 15 ou 18 ans) : un bonus de prise en charge en orthodontie remboursée** | + 25 €/semestre | + 25 €/semestre |
| **- en cas de bilans allergiques (tests cutanés) : un bonus de prise en charge en pharmacie prescrite non remboursée** | + 15 €/an | + 15 €/an |
| **PROTECTION « GROS PÉPIN »** | | |
| **Forfait global annuel pour la prise en charge des dépenses suivantes :** | **100 €/an** | **250 €/an** |
| **Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par la Sécurité sociale**<br>**Suivi psychologique prescrit en cas d'Affection Longue Durée**<br>**Appareillage auditif/Équipement basse vision**<br>**Honoraires hospitaliers** pour lesquels votre reste à charge après intervention de la Sécurité sociale et de votre garantie « HOSPITALISATION » est supérieur à 300 €<br>**Cures thermales** remboursées par la Sécurité sociale en cas de prescription médicale pour traiter l'eczéma, les allergies et les maladies respiratoires | OUI | OUI |
| **Le Plus Fidélité : votre forfait global annuel PROTECTION « GROS PÉPIN » augmente** | **2e année : forfait + 25 €**<br>**3e année : forfait + 50 €**<br>**4e année et suivantes : forfait + 75 €** | |
| **ASSISTANCE SANTÉ** | OUI | OUI |
| **PROTECTION JURIDIQUE « Mesures de Protection de la Personne Majeure »** | OUI | OUI |
| **GARANTIES FACULTATIVES** | | |
| Protection hospitalière : Niveau 1 : 20 €/jour Niveau 2 : 35 €/jour Niveau 3 : 50 €/jour<br>Indemnité Décès : 900 € | | |

(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.

N.B. : les garanties exprimées en % BR s'entendent remboursement Sécurité sociale inclus. Les forfaits optiques, dentaires, Prévention et Bien-Être et « Gros Pépin » 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 6

## Étendue territoriale

Sauf disposition contraire au descriptif des garanties ci-après (articles 7 à 12), l'intervention de la Mutuelle **Ociane** 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.

# TITRE II

## GARANTIES ET SERVICES PROPOSÉS

Les garanties exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement s'entendent remboursement Sécurité sociale inclus. Les forfaits optiques, dentaires, Prévention et Bien-Être et « Gros Pépin » exprimés en euros s'entendent remboursement Sécurité sociale exclu. Les forfaits optique et dentaire incluent la prise en charge du ticket modérateur.

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

Section 1 - GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

ARTICLE 7

## Hospitalisation

### 7-1 OBJET DE LA GARANTIE

Vous avez droit, **dans les limites et plafonds fixés au contrat**, au remboursement des frais que vous avez exposés à l'occasion **d'une hospitalisation prise en charge par la Sécurité sociale**.

### 7-2 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,
• la chambre particulière,
• le lit d'accompagnant.
**En ce qui concerne les garanties « Enfants », les honoraires hospitaliers pour lesquels le reste à charge, après intervention de la Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire et des prestations de la garantie Hospitalisation, est supérieur à 300 € peuvent donner lieu à une prise en charge supplémentaire dans le cadre du forfait Protection « Gros Pépin ».**
La Mutuelle 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.

***7-3 Événement non couvert***

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

ARTICLE 8

## Frais médicaux courants

### 8-1 OBJET DE LA GARANTIE

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

### 8-2 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,
• les médicaments à Service Médical Rendu important, modéré ou faible,
• les transports médicaux pris en charge par la Sécurité sociale,
• les prothèses et appareillages autres que dentaires et auditifs,
• les prothèses auditives.

Les prestations prothèses auditives peuvent donner lieu à une prise en charge supplémentaire dans le cadre du forfait Protection « Gros Pépin », en cumul du poste frais médicaux courants prothèses auditives, **lorsqu'elles existent dans la garantie**.
La Mutuelle 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 9

## Optique

### 9-1 OBJET DE LA GARANTIE

Vous avez droit, **dans les limites et plafonds fixés au contrat**, au remboursement des frais que vous avez exposés au titre de vos 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 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.
En ce qui concerne les garanties « Enfants », les équipements « basse vision », soit une correction de plus de 6 dioptries, peuvent donner lieu à une prise en charge supplémentaire dans le cadre du forfait Protection « Gros Pépin », en cumul du poste optique.

ARTICLE 10

## Dentaire

### 10-1 OBJET DE LA GARANTIE

Lorsque la garantie est acquise, vous avez droit, **dans les limites et plafonds fixés au contrat**, au remboursement des frais que vous avez 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, inlays-onlays,
- les prothèses fixes pour les dents non visibles,
- les prothèses fixes pour les « dents du sourire » (définies à l'article 22-2 D),
- les inlays-core,
- les bridges,
- les autres actes prothétiques (ex : prothèses amovibles),
- l'implantologie,
- certains travaux non remboursés par la Sécurité sociale (parodontie, endodontie, prothèses provisoires),
- l'orthodontie.

ARTICLE 11

## Prévention et Bien-Être

### 11-1 OBJET DE LA GARANTIE

Vous avez droit, **dans les limites et plafonds annuels fixés au contrat**, au remboursement des frais réels que vous avez exposés à l'occasion de certaines dépenses de prévention ou de confort.

### 11-2 ÉVÉNEMENTS COUVERTS

La nature des dépenses de prévention ou de confort susceptibles d'être prises en charge varie en fonction de votre qualité de bénéficiaire, de la formule 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 Bien-Être**

| PRESTATIONS | JUSTIFICATIFS |
|---|---|
| **PHARMACIE PRESCRITE NON REMBOURSÉE** | |
| Contraception (pilules, patchs, préservatifs) | Facture |
| Homéopathie | Facture |
| Vaccins prescrits | Facture |
| Phytothérapie | Facture |
| **ANTI-TABAC** | |
| Patchs et autres traitements pharmaceutiques anti-tabac prescrits | Facture |
| Consultations d'acupuncture, auriculothérapie, hypnose | Facture du praticien |
| **MÉDECINE NON REMBOURSÉE** | |
| Ostéopathes | Facture du praticien |
| Chiropracteurs | Facture du praticien |
| Diététiciens | Facture du praticien |
| Psychologues | Facture du praticien |
| Ergothérapeutes | Facture du praticien |
| Psychomotriciens | Facture du praticien |
| **SANTÉ ET PRÉVENTION** | |
| Dépistages visuel et auditif | Justificatif signé par le médecin du bénéficiaire attestant de la réalisation d'un acte de dépistage permettant de bénéficier de la garantie |
| Bilan de la mémoire | |
| Dépistage des troubles du développement chez les moins de 3 ans (dépistage visuel et auditif) | |
| Dépistage des troubles de l'apprentissage (vue, audition, dyslexie, dyscalculie) et du comportement (troubles alimentaires, relationnels) | |
| Bilans allergiques (tests cutanés) | |
| **LE PLUS PRÉVENTION** | |
| Bonus de prise en charge en cas de réalisation d'un acte de prévention organisé par l'Assurance Maladie Obligatoire | Justificatif signé par le médecin du bénéficiaire attestant de la réalisation d'un acte de dépistage permettant de bénéficier de la garantie |
| Bonus de prise en charge en orthodontie en cas de bilans dentaires (à 6, 9, 12, 15 ou 18 ans) | |
| Bonus de prise en charge en pharmacie prescrite non remboursée en cas de bilans allergiques | |

ARTICLE 12

## Protection « Gros Pépin »

### 12-1 OBJET DE LA GARANTIE

Vous avez droit, **dans les limites et plafonds annuels fixés au contrat**, au remboursement des frais réels que vous avez exposés à l'occasion de certaines dépenses importantes.

### 12-2 ÉVÉNEMENTS COUVERTS

La nature des dépenses Protection « Gros Pépin » susceptibles d'être prises en charge varie en fonction de la formule, 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 | JUSTIFICATIFS |
|---|---|
| Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par la Sécurité sociale | Facture + décompte Sécurité sociale |
| Suivi psychologique prescrit en cas d'Affection Longue Durée | Facture |
| Chirurgie de l'œil | Facture + décompte Sécurité sociale |
| Appareillage auditif | Facture + décompte Sécurité sociale |
| Équipement basse vision | Facture + décompte Sécurité sociale |
| Honoraires hospitaliers pour lesquels le reste à charge, après remboursement de la Sécurité sociale et de votre garantie Hospitalisation, est supérieur à 300 € | Facture + décompte Sécurité sociale |
| Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale pour traiter l'eczéma, les allergies et les maladies respiratoires | Facture + décompte Sécurité sociale |
| Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale pour traiter les douleurs rhumatismales et les pathologies chroniques | Facture + décompte Sécurité sociale |

ARTICLE 13

## Protection Juridique

**Le contrat Matmut Santé comprend en inclusion (article L. 221-3 du Code de la Mutualité) une garantie de Protection Juridique « Mesures de Protection de la Personne Majeure » (Annexe I).**
Cette garantie est assurée par **Matmut** *Protection Juridique*, société anonyme à directoire et conseil de surveillance 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 **Matmut** *Protection Juridique*.

ARTICLE 14

## Assistance Matmut Santé

**Le contrat Matmut Santé comprend en inclusion (article L. 221-3 du Code de la Mutualité) une garantie « Assistance Matmut Santé » (Annexe II).**

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 **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.

ARTICLE 15

## Protection hospitalière

**Le contrat Matmut Santé propose une garantie facultative « Protection hospitalière » (Annexe III).**
Elle est acquise lorsqu'elle est mentionnée aux Conditions Particulières du contrat.
**Cette garantie est assurée par** la Mutuelle **Ociane**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

ARTICLE 16

## Indemnité décès

Le **contrat Matmut Santé propose une garantie facultative « Indemnité décès » (Annexe IV).**
Elle est acquise lorsqu'elle est mentionnée aux Conditions Particulières du contrat.
Cette garantie est assurée par la Mutuelle **Ociane**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.



Mutuelle Ociane
GROUPE MATMUT

## ARTICLE 17
## Tiers payant

La carte de tiers payant, sur laquelle figurent les bénéficiaires inscrits, est remise au souscripteur par la Mutuelle 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.
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, vous devez présenter au professionnel de santé votre carte de tiers payant et votre carte Vitale ®.
Seul ce qui reste à votre charge, après l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire et la Mutuelle, est à régler au professionnel de santé.
La Mutuelle se réserve le droit de réclamer au souscripteur 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.

## ARTICLE 18
## Action sociale

Vous pouvez bénéficier de l'Action sociale de la Mutuelle **Ociane**.
En cas de difficultés financières, vous pouvez le cas échéant, sous réserve de l'admission de votre dossier, bénéficier de ce dispositif de prise en charge partielle ou totale exceptionnelle.

« carte Vitale » est une marque déposée.



## ARTICLE 19
## Risques exclus

***19-1 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 18e de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant.***

***19-2 Sont également exclus des garanties :***
- ***les soins, actes médicaux ou hospitalisation commencés ou prescrits avant la date de prise d'effet des prestations du contrat,***
- ***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 liés aux cures,***
- ***les frais de séjour liés aux cures*** *exception faite de ceux pris en charge dans le cadre de la garantie Protection « Gros Pépin »,*
- ***les transports liés aux postcures,***
- ***les frais de séjour liés aux postcures,***
- ***les frais afférents aux traitements et interventions « esthétiques » non pris en charge par la Sécurité sociale.***

***Les conséquences directes ou indirectes :***
- ***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, ou 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 exclusions ne sauraient faire obstacle au dispositif prévu pour que le contrat soit responsable.**

## MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

ARTICLE 20

### Données de santé

**A - Collecte des données de santé**
La mise en œuvre de la gestion des droits aux prestations du contrat **Matmut Santé** justifie la collecte des données de santé afin de s'assurer de la réalité et du montant des frais de santé engagés.
À ce titre et dans le cadre de cette finalité, le souscripteur ainsi que le bénéficiaire des soins autorisent la collecte des données de santé les concernant.
Le souscripteur 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, le souscripteur 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.

**B - Échanges informatisés avec l'Assurance Maladie Obligatoire**
Vous êtes référencé dans les fichiers de l'Assurance Maladie Obligatoire et bénéficiez des traitements d'échanges informatisés entre votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire et nous dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes.
Ces échanges vous dispensent de nous adresser les décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire. Ils ne vous dispensent pas en revanche de nous adresser les factures d'honoraires ou toutes factures de vos dépenses de santé, acquittées, nécessaires pour les besoins du traitement par nos soins de vos dossiers.

**C - Faculté de renonciation aux échanges informatisés avec l'Assurance Maladie Obligatoire.**
Vous avez la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire et nous, en exprimant votre refus au moyen d'une simple lettre adressée à notre attention.
Nous nous engageons à communiquer à votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire votre décision, dans le mois qui suit sa date de réception.
Dans ce cas, vous devrez nous adresser les décomptes de remboursements effectués par votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (article 21 ci-après).

ARTICLE 21

### Vos obligations

En l'absence d'échanges informatisés, le remboursement des frais médicaux s'effectue sur présentation par vous 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 autres frais médicaux courants ou dans le cadre des forfaits Prévention et Bien-Être 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 du « Plus Prévention » au titre du forfait Prévention et Bien-Être (article 11-2 ci-avant),
- des éventuels accords de prise en charge que nous vous avons délivrés au préalable.

ARTICLE 22

### Étendue de nos engagements

**22-1 PRINCIPES GÉNÉRAUX DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

**A - Frais de santé garantis**
Les frais de santé doivent correspondre à des soins effectués ou des prestations facturées postérieurement à la date de prise d'effet des garanties de votre contrat 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 5) 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 5 des présentes Conditions Générales et dépendent des niveaux de couverture souscrits mentionnés aux Conditions Particulières.
Le montant des forfaits annuels ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1er janvier de chaque année sauf pour le forfait optique lequel se renouvelle tous les deux ans à compter de la date d'achat du dernier équipement optique. Le montant des forfaits semestriels se renouvelle au 1er juillet et au 1er janvier de chaque année. L'augmentation du montant des plafonds liée à l'ancienneté se calcule à partir de la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire au contrat. **Les plafonds et forfaits annuels et 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]) 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.

**D - Détermination de l'ancienneté**
Les règles d'ancienneté, pour la détermination du plafond de certaines prestations dentaires et du « Plus Fidélité » de la garantie Protection « Gros Pépin », s'appliquent à partir de la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire à l'une des formules du contrat **Matmut Santé** d'**Ociane** et non à un autre des contrats proposés par le *Groupe* **Matmut**.
En cas de :
• résiliation suivie d'une nouvelle souscription, l'ancienneté court à compter de la nouvelle souscription,
• passage d'un niveau à un autre ou d'une formule à une autre, l'ancienneté est conservée.

## 22-2 RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

**A - Hospitalisation**
Le « Forfait journalier » est illimité.
Les prestations « Chambre particulière/Bonus Chambre particulière » et « Lit d'accompagnant », prises en charge dans le cadre d'une hospitalisation, **sont chacune soumises à la limite de 90 jours d'hospitalisation par an, dont un maximum de 30 jours pour les hospitalisations en psychiatrie.**
Les séjours peuvent être continus ou non.
Le « Bonus chambre particulière » se déclenche au-delà du 10e jour d'hospitalisation continue en chambre particulière (sur un ou plusieurs établissements), hors placements particuliers et psychiatrie avec effet rétroactif au 1er 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, 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 se fait à partir de la Liste des Produits et Prestations (LPP) pris en charge par la Sécurité sociale.
Les forfaits optiques s'entendent remboursement du ticket modérateur inclus.
Le règlement de la prestation optique 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).
Les forfaits dentaires s'entendent remboursement du ticket modérateur inclus.
Le plafond global annuel des prestations hors « soins dentaires, inlays, onlays » pour les adultes évolue en fonction de l'ancienneté au contrat du bénéficiaire de la prestation. Cette ancienneté est égale au délai qui s'écoule entre la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire aux Conditions Particulières et la date de la prestation.
Ainsi, pour des soins ayant lieu :
• jusqu'au 12e mois suivant la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire : application du plafond dentaire 1re année,
• entre le 13e et le 24e mois suivant la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire : application du plafond dentaire 2e année,
• à partir du 25e mois suivant la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire : application du plafond dentaire 3e année.

**E - Prévention et Bien-Être**

**a/Prise en charge des consultations « Bien-Être »**
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.

**b/Conditions d'attribution du bonus « Plus Prévention »**
- **Actes de prévention ouvrant droit au bonus « Plus Prévention » :** tout type d'acte de prévention organisé par l'Assurance Maladie Obligatoire, effectué jusqu'à trois ans avant la date des soins Prévention et Bien-Être ou de leur facturation.
- **Date de déclenchement du bonus « Plus Prévention » :** le bonus « Plus Prévention » est déclenché par la réception des pièces justificatives de l'acte de prévention organisé par l'Assurance Maladie Obligatoire.
- **Durée de validité du bonus « Plus Prévention » :** le bonus « Plus Prévention » est applicable aux soins « Prévention et Bien-Être » postérieurs à la date de réalisation de l'acte de prévention organisé par l'Assurance Maladie Obligatoire et uniquement pour l'année d'assurance au cours de laquelle le justificatif de ce dernier nous est parvenu.

Au titre des garanties « Enfants », les conditions d'attribution du bonus « Plus Prévention » sont identiques.
Toutefois, les seuls actes de prévention ouvrant droit à un bonus sont :
• les bilans dentaires aux âges de 6, 9, 12, 15 ou 18 ans,
• les bilans allergiques.
Le bonus attribué concerne alors :
• l'orthodontie remboursée pour les bilans dentaires,
• la pharmacie prescrite non remboursée pour les bilans allergiques.

**F - Protection « Gros Pépin »**
Le forfait annuel Protection « Gros Pépin » évolue grâce au « Plus Fidélité » en fonction de l'ancienneté au contrat du bénéficiaire de la prestation. Cette ancienneté est égale au délai qui s'écoule entre la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire aux Conditions Particulières et la date de la prestation.

Ainsi, pour des soins ayant lieu :
- jusqu'au 12e mois suivant la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire : application du forfait Protection « Gros Pépin »,
- entre le 13e et le 24e mois suivant la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire : application du forfait Protection « Gros Pépin » et du « Plus Fidélité » 2e année,
- entre le 25e et le 36e mois suivant la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire : application du forfait Protection « Gros Pépin » et du « Plus Fidélité » 3e année,
- à partir du 37e mois suivant la date d'effet de l'inscription du bénéficiaire : application du forfait Protection « Gros Pépin » et du « Plus Fidélité » 4e année.

ARTICLE 23

## Gestion de nos relations

### 23-1 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.

### 23-2 TRAITEMENT DE NOS DÉSACCORDS

**A - L'expertise médicale**
En cas de désaccord avec le médecin ou le dentiste missionné par nos soins, vous pouvez recourir à la procédure suivante : un examen amiable contradictoire entre le médecin ou le dentiste, choisi librement par vous, dont les honoraires sont à votre 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 vous,
- 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 vous avez désigné sont à votre charge, ceux des deuxième et troisième médecins ou dentistes sont à la nôtre.
Cependant, si vous n'obtenez pas gain de cause, vous êtes 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 vous en avons fait la demande.
En dernier recours, vous pouvez saisir le Tribunal compétent.

**B - Traitement des réclamations**
Cette procédure est décrite à l'Annexe V ci-après.

ARTICLE 24

## Subrogation

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 DE VOTRE CONTRAT

S'assurer, c'est s'engager dans une relation juridique qui comporte, pour chacun, des droits et obligations.
Le contrat est établi sur la base de vos déclarations, vous devez donc répondre en toute sincérité aux questions que nous vous posons et, en particulier à celles portant sur les points indiqués à l'article 25-1.

ARTICLE 25

## Vos obligations

### 25-1 ÉLÉMENTS À NOUS DÉCLARER

Lors de la souscription de votre contrat et, le cas échéant, à l'occasion de sa modification, vous devez nous indiquer :
- les renseignements vous concernant (nom, prénom, date de naissance, domicile…),
- la liste de vos ayants droit et les renseignements les concernant,
- le niveau des garanties que vous souhaitez souscrire,
- la date d'effet des garanties souhaitée.

Ces informations sont reportées sur les Conditions Particulières et vous en confirmez l'exactitude par votre signature.

### 25-2 PIÈCES JUSTIFICATIVES À NOUS FOURNIR

Lors de la souscription de votre contrat et, le cas échéant, à l'occasion de sa modification, vous devez nous communiquer :
- pour tous les bénéficiaires : une photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale ®,
- pour vous :
  1 - un mandat SEPA en cas de paiement des cotisations par prélèvement,
  2 - un relevé d'identité bancaire, commun à tous les bénéficiaires désignés aux Conditions Particulières 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 vos enfants (ou ceux de votre 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 vos enfants adoptés (ou ceux de votre 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,
- pour vos petits-enfants (ou ceux de votre conjoint) : une déclaration sur l'honneur de leur statut de petit-enfant et, le cas échéant, une attestation de handicap. S'ils sont âgés de 18 ans et plus, vous devez également nous fournir un certificat de scolarité ou la photocopie du contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, de qualification…).

*« carte Vitale » est une marque déposée.*

***25-3 OBLIGATIONS NON RESPECTÉES***
***Lorsque les informations communiquées ne sont pas sincères, vous vous exposez à des sanctions prévues par le Code de la Mutualité :***
- ***en cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (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 du contrat motivée par une réticence ou une inexactitude dans la déclaration du risque (cas n° 7 de l'article 30-A des présentes Conditions Générales) n'implique pas renonciation de notre part à nous prévaloir des sanctions visées ci-dessus.***

ARTICLE 26

## Formation et durée

### 26-1 FORMATION DE VOTRE CONTRAT

Les garanties de votre contrat prennent effet à 0 heure à la date que vous nous indiquez, mais au plus tôt le lendemain à 0 heure de la date à laquelle vous formulez votre demande. La prise d'effet intervient
- après paiement de votre cotisation **et sous réserve qu'il soit honoré**,
- **sous réserve que les pièces justificatives visées à l'article 25-2, accompagnées des Conditions Particulières de votre contrat signées, nous soient dûment parvenues.**

Quelle que soit la date de prise d'effet des garanties indiquée aux Conditions Particulières, tout mois commencé est dû.

### 26-2 MODIFICATION DE VOTRE CONTRAT EN COURS

Elle prend effet **sous réserve que les pièces justificatives visées à l'article 25-2 ainsi que les Conditions Particulières de votre contrat signées, nous soient dûment parvenues.**

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**
**1 - Désignation d'un ayant droit**
**a/Conditions**
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 à la formule et aux garanties souscrites et que soient fournies les pièces justificatives visées à l'article 25-2.**

**b/Prise d'effet de la modification**
La modification du contrat prend effet à 0 heure à la date que vous nous indiquez, mais au plus tôt le lendemain à 0 heure de la date à laquelle vous formulez votre demande.

Toutefois, la désignation, en cours de contrat, 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. Ce principe ne s'applique pas à la garantie facultative Indemnité Décès.**
Dans tous les cas, la cotisation qui en résulte est due au 1er jour du mois de la désignation de l'ayant droit.
Les mêmes règles sont applicables en cas de changement de formule occasionné par la désignation d'un enfant.

**c/Changement de formule occasionné par la désignation d'un enfant**
Les formules « 55 + » et « Jeunes » étant exclusivement réservées aux personnes seules ou en couple sans enfant à charge au sens du contrat, la désignation d'un enfant entraîne obligatoirement un changement de formule. Vous devez alors opter pour un niveau de garanties à choisir dans la formule « Famille ».

**2 - Suppression d'un ayant droit de la liste des bénéficiaires**
**a/Conditions**
La suppression d'un ayant droit de la liste des bénéficiaires est possible, sans condition, à l'échéance principale, ou à tout moment dans l'année **uniquement dans les cas suivants :**
- décès, sur présentation du certificat de décès,
- adhésion à un contrat de groupe à caractère obligatoire, sur présentation d'une attestation de l'employeur justifiant du caractère obligatoire de ce contrat,
- départ à l'étranger, sur présentation d'une attestation délivrée par l'employeur, ou d'un justificatif de départ ou d'une déclaration sur l'honneur,
- bénéfice de la CMU-C.

**b/Prise d'effet de la modification**
La proposition de modification du contrat prend effet à l'échéance annuelle suivant la demande ou, dans les cas où elle peut être formulée en cours d'année, au 1er 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 ou petits-enfants de la liste des bénéficiaires**
Les garanties dont bénéficiaient, à titre d'ayants droit, les enfants ou petits-enfants de moins de 18 ans ou, s'ils sont scolarisés, de moins de 21 ans, leur sont maintenues jusqu'à l'échéance annuelle qui suit leur 18e ou 21e anniversaire.
**Ils cessent d'être garantis à cette date.**

**B - Changement de formule et/ou 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 et du nombre de forfait déjà versés au titre des soins afférents à l'année d'assurance concernée.**

**1 - Augmentation des garanties**
**a/Conditions**
Vous pouvez augmenter vos garanties, et/ou celles de vos enfants ou petits-enfants, d'autant de niveaux que vous le souhaitez à tout moment dans l'année et sans préavis.

**b/Prise d'effet de la modification**
Les nouvelles garanties souscrites prennent effet à 0 heure à la date que vous nous indiquez, mais au plus tôt le lendemain à 0 heure de la date à laquelle vous formulez votre demande.

**2 - Diminution des garanties**
**a/Conditions**
Vous pouvez diminuer vos garanties et le cas échéant celles de vos enfants ou petits-enfants **uniquement si vous-même et vos enfants ou petits-enfants :**
- justifiez de 12 mois révolus passés dans la garantie précédemment souscrite,

et
- optez pour le niveau immédiatement inférieur.

**b/Prise d'effet de la modification**
Les nouvelles garanties souscrites prennent effet au plus tôt au 1er à 0 heure du mois suivant votre demande ou au 1er à 0 heure d'un des mois suivants.

**3 - Suppression d'une garantie facultative (Annexes III et IV)**
**a/Conditions**
Vous pouvez supprimer cette garantie si vous et/ou vos ayants droit justifiez de 12 mois révolus passés dans ladite garantie.

**b/Prise d'effet de la modification facultative**
La suppression de la garantie prend effet au plus tôt au 1er à 0 heure du mois suivant votre demande ou au 1er à 0 heure d'un des mois suivants.

### 26-3 DURÉE DE VOTRE CONTRAT

**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.

ARTICLE 27

## Cotisation

### 27-1 MODALITÉS

Votre 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 3e enfant et les suivants) et/ou petits-enfants,
• de l'âge des bénéficiaires au 1er janvier de l'année en cours,
• du régime obligatoire de chaque bénéficiaire (le seul régime différenciant au niveau du tarif est le régime local « Alsace-Moselle »),
• de la formule et du niveau de garanties choisis,
• du domicile du souscripteur.

### 27-2 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 :
• pour les contrats individuels, suspendre la garantie et éventuellement résilier le contrat dans les conditions et délais prévus par l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité (cas n° 4 de l'article 30-A ci-après),
• pour les contrats collectifs, résilier le contrat dans les conditions et délais prévus à l'article L. 221-8 du Code de la Mutualité (cas n° 4 de l'article 30-A ci-après).
Les frais engendrés par l'envoi de la lettre recommandée et/ou, le cas échéant, de prélèvement ou tout autre moyen de paiement non honoré, sont alors à votre charge.

### 27-3 RÉVISION

La cotisation évolue au premier 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 ou 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 1er jour du mois du changement.

ARTICLE 28

## 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, et dans la limite des frais réels. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 29

## Prescription-Forclusion

### 29-1 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 :
1 - en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
2 - 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 est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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.

### 29-2 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.

**A - 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 | Vous | Date d'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières | Délai de préavis à respecter : 1 mois | L. 221-10 |
| *1 bis* | Ce motif de résiliation n'est pas admis pour les contrats collectifs à adhésion facultative souscrits par l'intermédiaire de l'Association pour l'Assurance des Indépendants (AADI), envoi de l'avis d'échéance moins de 15 jours avant le début du préavis contractuel d'un mois, ou après cette date | Vous | • Date d'échéance indiquée aux Conditions Particulières si la demande est formulée avant celle-ci<br>• Le lendemain de la date figurant sur le cachet de la Poste si la demande est formulée après la date d'échéance | • Envoi par nous de l'avis d'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières<br>• Demande de résiliation formulée dans les 20 jours de cet envoi | L. 221-10-1 |
| *2* | Changement de votre situation portant sur l'un des éléments suivants : domicile, situation matrimoniale, régime matrimonial, profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle | Vous 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 | L. 221-17 |
| *3* | Décès du souscripteur | De plein droit | 30 jours après le décès pour les formules « Famille », « 55 + » et « Jeunes » en présence d'un ou plusieurs autres bénéficiaires. Dans ce cas cependant, les droits et obligations du souscripteur peuvent, avec l'accord de la Mutuelle **Ociane**, être transférés sur l'un des autres bénéficiaires.<br>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 ou, lorsque cette lettre ne prévoit pas la résiliation du contrat, le jour de l'envoi d'une nouvelle lettre recommandée destinée à notifier la résiliation du contrat pour non-paiement | Envoi préalable d'une lettre recommandée de mise en demeure | L. 221-7 pour les contrats individuels<br>L. 221-8 pour les contrats collectifs |
| *5* | Adhésion du souscripteur à un contrat de groupe à caractère obligatoire | Vous | Au 1er jour du mois suivant la notification de votre demande | Présentation d'une attestation de l'employeur justifiant du caractère obligatoire du contrat groupe | Article 30 des Conditions Générales |
| *6* | Départ à l'étranger du souscripteur du contrat | Vous | Au 1er jour du mois suivant la notification de votre demande | Présentation d'une attestation délivrée par l'employeur ou d'un justificatif de départ ou d'une déclaration sur honneur | Article 30 des Conditions Générales |
| *7* | 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<br>L. 221-15 |

**B - Forme et délais de la résiliation**

**1 -** La résiliation à votre initiative nous est notifiée :
• soit par lettre recommandée
Dans les cas n° 1 et 1 bis, le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre. Dans les cas n° 2, 5 et 6, le délai commence à courir le jour de la première présentation de la lettre recommandée par les services postaux.
• soit par une déclaration faite à notre Siège social ou dans l'une de nos Agences.
Le délai est alors décompté à partir du jour de la déclaration.

**2 -** Si nous résilions, nous vous faisons toujours connaître notre décision par lettre recommandée (avec accusé de réception dans le cas n° 2) adressée à vous-même au dernier domicile que vous nous avez notifié.

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 que vous nous avez 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.

**C - Résiliation en cours de période de garantie**

Conformément à l'article 27-2 des présentes Conditions Générales, « tout mois commencé est dû ».

**1 -** Nous avons droit au paiement de la cotisation couvrant la période antérieure à la résiliation.
**2 -** 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.
**3 -** Dans les autres cas, nous remboursons la fraction de cotisation postérieure à la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

**D - Droit de renonciation en cas de souscription à distance** (selon l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité)

• Vous disposez d'un droit de renonciation lorsque la souscription du contrat a été réalisée à distance.
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 **Ociane** *Groupe* **Matmut** - 76030 Rouen Cedex 1 selon le modèle suivant :
« Je soussigné « nom-prénom, adresse », souhaite par cette lettre renoncer au contrat **Matmut Santé** 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.

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 radiation 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 radiation dans un délai maximum de 30 jours.

**E - Droit de renonciation en cas de souscription suite à un démarchage** (selon l'article L. 121-21 du Code de la Consommation)

• 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.

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 « nom-prénom, adresse », souhaite par cette lettre renoncer au contrat **Matmut Santé** 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.

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 radiation 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 radiation dans un délai maximum de 30 jours.

# Annexes

**I - PROTECTION JURIDIQUE « MESURES DE PROTECTION DE LA PERSONNE MAJEURE »** ..... **Page 29**

**II - ASSISTANCE Matmut Santé** ..... **Page 32**

**III - PROTECTION HOSPITALIÈRE** ..... **Page 36**

**IV - INDEMNITÉ DÉCÈS** ..... **Page 38**

**V - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS** ..... **Page 39**



Mutuelle Ociane
GROUPE MATMUT

# PROTECTION JURIDIQUE « MESURES DE PROTECTION DE LA PERSONNE MAJEURE »

## 1 - DÉFINITIONS

**Vous :** l'Assuré, c'est-à-dire :
• l'adhérent de la Mutuelle **Ociane**, souscripteur du contrat **Matmut Santé**,
• ses ayants droit bénéficiaires des garanties du contrat **Matmut Santé**.

**Tiers :** les personnes qui n'ont pas la qualité d'assuré au titre du contrat **Matmut Santé**.

**Nous : Matmut** *Protection Juridique*.

**Sinistre :** litige ou différend concrétisé par le refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

**Frais irrépétibles :** les frais que vous engagez personnellement afin de défendre vos intérêts en justice et susceptibles de faire l'objet d'une indemnisation par le juge au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L. 761-1 du Code de la Justice Administrative.

**Dépens :** les frais dont le coût est réglementé et tarifé par une loi ou un décret, engagés à l'occasion d'une action judiciaire.

## 2 - OBJET DU CONTRAT

Il est destiné à permettre à l'adhérent et aux personnes désignées comme ayant la qualité d'assuré de bénéficier d'une garantie de Protection Juridique « Mesures de Protection de la Personne Majeure » dans les conditions visées à la présente annexe.

Nous mettons à votre disposition :
• un service d'Assistance Juridique par téléphone qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits, vous apporte une aide afin de prendre une décision et de trouver une solution à vos problèmes,
• un service d'Assistance Juridique de proximité qui vous permet de rencontrer sur rendez-vous l'un de nos assistants juridiques, lorsqu'un examen approfondi des documents en votre possession et une consultation s'avèrent nécessaires,
• un service de Protection Juridique qui prend les mesures utiles afin de faire valoir vos droits à l'amiable et, au besoin, vous donne les moyens d'en poursuivre l'exercice en justice.

## 3 - LITIGES OU DIFFÉRENDS GARANTIS

La garantie Protection Juridique « Mesures de Protection de la Personne Majeure » est acquise lorsque :
• vous avez besoin de conseils ou d'avis sur les mesures de protection de la personne majeure prévues par le Code Civil,
• vous êtes confronté à un litige ou différend relatif à la nature de la mesure de protection de la personne majeure envisagée ou prise pour vous.

Et survenant :
• durant la période où l'adhérent conserve cette qualité,
• pendant la durée du contrat collectif d'assurance de Protection Juridique nous liant à la Mutuelle **Ociane** et faisant l'objet des présentes garanties,
• en France.

## 4 - LITIGES OU DIFFÉRENDS NON GARANTIS

***Sont exclus les litiges ou différends :***
• ***dont les éléments constitutifs étaient connus de vous antérieurement à la souscription du contrat*** Matmut Santé ***et à la prise d'effet du présent contrat de Protection Juridique,***
• ***relevant des instances communautaires ou internationales.***

## 5 - QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND ?

Dès que vous avez connaissance d'un litige ou d'un différend, vous devez :

**TÉLÉPHONER AU 02 35 58 83 00**
**du lundi au vendredi de 8 h à 18 h**

Ce numéro correspond à un plateau d'accueil téléphonique qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez et vous informe sur vos droits ou vos obligations.
Si nécessaire, il vous communique les coordonnées de l'assistant juridique que vous pouvez rencontrer à proximité de votre domicile ou de votre lieu de travail et vous devez dans ce cas :

**PRENDRE RENDEZ-VOUS AVEC NOTRE ASSISTANT JURIDIQUE**

Vous pouvez également :

**FAIRE UNE DÉCLARATION PAR ÉCRIT**

Cette déclaration doit être effectuée au Siège social de **Matmut** *Protection Juridique* ou auprès de l'Assistant Juridique rencontré lors de votre rendez-vous.
Vous devez :
• nous communiquer l'intégralité des renseignements et documents se rapportant au litige ou différend déclaré,
• nous faire connaître l'existence d'autres assurances portant sur le même risque.

**Vous pouvez encourir la perte de votre droit à garantie, lorsque de mauvaise foi :**
**• vous avez fait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances d'un litige ou différend,**
**• vous avez employé ou remis des documents que vous saviez mensongers ou frauduleux.**

### 6 - QUE FAISONS-NOUS EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND GARANTI ?

**Assistance Juridique**
Nous vous fournissons les avis et conseils utiles au choix d'une mesure de protection de la personne majeure et sur les démarches à entreprendre pour la mettre en place.

**Protection Juridique**
Nous participons à la prise en charge des frais et honoraires de l'avocat et/ou de la personne qualifiée saisi(s) de la défense de vos intérêts.

### 7 - QUE PAYONS-NOUS ?

**Assistance Juridique**
Nous couvrons les frais relatifs aux avis et conseils que nous vous fournissons nous-mêmes.

**Protection Juridique**
Nous couvrons uniquement, dans la limite du plafond et des montants indiqués à l'article 11, les frais et honoraires de l'avocat et/ou de la personne qualifiée saisi(s) de la défense de vos intérêts.

**En revanche, ces frais, honoraires et sommes ne sont jamais pris en charge s'ils ont été engagés avant la déclaration du litige ou différend, sauf s'ils ont été rendus nécessaires par une mesure conservatoire d'urgence.**

### 8 - SUBROGATION

Toutes sommes obtenues en remboursement des dépens, des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige vous reviennent par priorité, lorsqu'à ce titre des dépenses sont restées à votre charge. Elles sont versées dès règlement par la partie qui succombe.

**Matmut** *Protection Juridique* est subrogée dans vos droits, conformément aux articles L.121-12 et L.127-8 du Code des Assurances, dans les autres cas.

**Si la subrogation ne peut plus s'exercer de votre fait, Matmut** *Protection Juridique* **est alors libérée de tout engagement.**

### 9 - QUELLE EST LA PÉRIODE AU-DELÀ DE LAQUELLE VOTRE ACTION N'EST PLUS RECEVABLE ?

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.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des Assurances.
Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription peut être interrompue :

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

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.

### 10 - QUE POUVEZ-VOUS FAIRE SI VOUS N'ÊTES PAS D'ACCORD AVEC NOUS SUR LES MESURES À PRENDRE POUR LA GESTION DE VOS INTÉRÊTS ?

**10-1 Arbitrage**
En cas de désaccord entre vous et nous à l'occasion du règlement d'un litige ou différend, vous pouvez recourir à la procédure d'arbitrage.
Dans ce cas :
• l'arbitre est désigné d'un commun accord entre vous et nous ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile, statuant en la forme des référés,
• les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure sont, sauf décision contraire du Président du Tribunal, à notre charge, **dans la limite des montants indiqués ci-après.**

Ces sommes, si elles sont engagées, s'ajoutent au plafond de garantie.

**10-2 Réclamation**
En cas de désaccord entre vous et nous à l'occasion du règlement d'un litige ou différend, vous pouvez également épuiser les étapes de la procédure interne de traitement des réclamations telles que décrites à l'Annexe V ci-après.

## 11 - HONORAIRES ET FRAIS GARANTIS PROTECTION JURIDIQUE « MESURES DE PROTECTION DE LA PERSONNE MAJEURE »

| **A - Plafond de garantie :** 10 000 € | | | |
|---|---|---|---|
| **B - Montants garantis (hors taxes) :** | | | |
| | | Cours de Paris et Versailles | Autres Cours |
| Démarches au Greffe | | 99 € | |
| Juge des Tutelles | | 713 €* | 681 €* |
| Cour d'Appel | | 735 €* | 702 €* |
| Cour de Cassation | - Consultation | 959 €* | |
| | - Mémoire | 959 €* | |
| Expertise médicale unilatérale | | 219 € | |
| Assistance à expertise médicale judiciaire | | 272 € | |
| Arbitrage | | 735 € | 702 € |

* Cette somme est accordée pour l'ensemble de la procédure devant cette juridiction, y compris toute démarche - ou phase - préalable, obligatoire ou non. Elle concerne tous les honoraires et frais, notamment la préparation du dossier, la plaidoirie et les frais inhérents à la gestion du dossier.

# **ASSISTANCE** Matmut Santé

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

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

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

## 1 - DÉFINITIONS

**Bénéficiaire des garanties d'assistance**
Celui au bénéfice duquel les garanties du présent contrat peuvent être mises en jeu. Il s'agit du souscripteur et de ses ayants droit désignés aux Conditions Particulières.

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

## 2 - DOMAINE D'APPLICATION

**Objet**
L'assistance **Matmut Santé** a pour objet de donner rapidement aux bénéficiaires confrontés à des difficultés matérielles du fait d'une maladie ou d'un handicap, les moyens de surmonter ces difficultés et de réorganiser leur vie quotidienne lorsqu'ils sont immobilisés à leur domicile ou à l'hôpital pendant une durée précisée à chacune des prestations visées ci-après. Sa vocation n'est pas pour autant de remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale.

**Territorialité**
Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine et dans les DROM.
Lorsque la mise en jeu des garanties d'assistance du présent contrat nécessite le déplacement de personnes, les modalités de prise en charge sont les suivantes :
- bénéficiaire résidant en métropole : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain en train 1re classe ou avion de ligne classe économique,
- bénéficiaire résidant dans un DROM : prise en charge limitée au sein du seul département de résidence en taxi, bateau ou avion de ligne classe économique.

Les garanties d'assistance sont accordées pendant la période de validité du présent contrat **Matmut Santé**.

## 3 - DURÉE DES GARANTIES

**Résiliation**
Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du présent contrat **Matmut Santé** pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par Assistance *Groupe* **Matmut** sauf cas de résiliation du présent contrat **Matmut Santé** pour défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, conformément à la loi.

## 4 - CONDITIONS D'INTERVENTION

Assistance *Groupe* **Matmut** répond aux appels des bénéficiaires 24 heures/24 et 7 J/7 même les jours fériés.
Assistance *Groupe* **Matmut** peut être jointe par téléphone au numéro vert 0800 30 20 30 (appel gratuit depuis un poste fixe).
Pour les personnes sourdes ou malentendantes par SMS au 06 77 90 04 37.

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

***L'application des garanties est appréciée par*** *Assistance 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 occasionnés au bénéficiaire et à son entourage.***

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

*Assistance Groupe* **Matmut** ***ne participe pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.*** *Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, Assistance Groupe* **Matmut** *pourra apprécier leur prise en charge sur justificatifs.*

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

**Prescription**
Pour les conditions de mise en œuvre de la prescription, il convient de se référer à l'article 29-1 des présentes Conditions Générales.

## 5 - LIMITES À L'APPLICATION DES GARANTIES

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

***Force majeure***
Assistance *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 pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs et empêchements climatiques.***

## 6 - LES GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ

Ces garanties sont mises en jeu en cas de maladie ou de handicap. **Elles ne peuvent se cumuler avec celles de l'Assistance à domicile du contrat Matmut/Smac**.

**Présence d'un proche au chevet d'un bénéficiaire**
En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours suite à maladie sous réserve des dispositions relatives à l'assistance aux enfants (formule « Famille ») ou petits-enfants (formule « 55 + ») immobilisés au domicile, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge :
• le déplacement aller-retour d'un proche désigné par le bénéficiaire, à compter du premier jour,
• son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 100 €.

**Prise en charge des enfants (formule « Famille ») ou des petits-enfants (formule « 55 + »)**
La garantie est accordée pour les enfants ou les petits-enfants de moins de 16 ans et sans limite d'âge si l'enfant ou le petit-enfant est handicapé.

Lorsque l'hospitalisation du souscripteur ou de son conjoint ou leur immobilisation au domicile de plus de 5 jours suite à une maladie ne leur permet pas de s'occuper de leurs enfants, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge dès le 1er jour de l'événement l'une des garanties suivantes :
• le déplacement aller et retour d'un proche désigné par le souscripteur du contrat ou son conjoint, susceptible de s'occuper des enfants au domicile,
• le déplacement aller et retour des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, au domicile d'un proche désigné par le souscripteur du contrat ou son conjoint. En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés,
• lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge la conduite à l'école ou en centre spécialisé et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées par semaine, réparties sur une période d'un mois.

Dans l'hypothèse où aucune de ces solutions ne saurait convenir, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge :
• la garde des enfants au domicile par un intervenant qualifié, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement. Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants à l'école ou en centre spécialisé,
• s'il y a lieu, le transfert et la garde des enfants chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement.

**Assistance aux enfants (formule « Famille ») ou aux petits-enfants (formule « 55 + ») malades immobilisés au domicile**
La garantie est accordée pour les enfants ou les petits-enfants de moins de 16 ans et sans limite d'âge si l'enfant ou le petit-enfant est handicapé.

En cas de maladie entraînant une immobilisation de plus de 2 jours des enfants au domicile, afin de ne pas pénaliser les parents ou les grands-parents lorsqu'ils travaillent tous les deux, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge dès le 1er jour de l'événement :
• le déplacement aller et retour d'un proche désigné par le bénéficiaire au chevet de l'enfant,
• dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait à s'appliquer, la garde des enfants dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de la maladie,
• lorsqu'aucun des proches ne peut se rendre disponible, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour au domicile de l'enfant disposant d'une autorisation médicale, à raison d'un aller-retour par jour pendant une période pouvant couvrir 1 mois. Cette garantie s'applique pour les enfants scolarisés dans les classes primaires et secondaires.

**École à domicile des enfants (formule « Famille ») ou des petits enfants (formule « 55 + »)**
Si, à la suite d'une maladie, un enfant bénéficiaire est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 2 semaines, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.
Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires.

**Aide au retour à domicile**
Pour le retour au domicile du souscripteur ou de son conjoint après une hospitalisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge :
- la préparation du domicile en prévision du retour sous réserve de la remise des clefs à l'intervenant missionné par Assistance *Groupe* **Matmut**. L'intervenant ainsi missionné, effectue dans la limite de 8 heures le ménage, les courses et la mise en température du chauffage du domicile. Le coût des courses reste à la charge du souscripteur. Les clefs doivent être remises à l'intervenant par un proche au domicile du bénéficiaire. À défaut, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge, dans la limite d'un rayon de 50 km autour du domicile du bénéficiaire, un aller-retour en taxi pour récupérer les clefs à l'hôpital et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédent la date de sortie de l'hôpital. En fin de mission l'intervenant restitue les clefs au souscripteur,
- si les clefs ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie du bénéficiaire et sous réserve qu'il ait été missionné 48 heures avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplit sa mission le jour du retour au domicile.

**Portage des repas**
À la suite d'une hospitalisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 15 jours consécutive à une maladie, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge le portage de repas dans la limite de 10 jours ou la livraison de courses dans la limite de 2 livraisons. Le coût des courses et des repas reste à la charge du souscripteur.

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

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

Déclaration ou évolution d'un handicap visuel médicalement établi : suite à la déclaration ou à l'évolution d'un handicap visuel touchant l'un des bénéficiaires, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge une aide à l'acquisition de l'autonomie. Un professeur de locomotion est ainsi envoyé au domicile du bénéficiaire pour l'aider :
- à appréhender les déplacements au sein du domicile,
- dans l'agencement et le rangement de la chambre (tri des vêtements dans les armoires par codes couleurs notamment),
- à appréhender les parcours (activités, école).

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

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

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge un « accompagnant chevet » dans la limite de 16 heures réparties sur 30 jours par tranches minimum de 2 heures. Ladite personne a pour mission de lui tenir compagnie et de le rassurer en l'absence de ses proches.

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

**Assistance psychologique**
Dans les situations d'addiction (alcool, nutrition, drogue), de dépression, de dépistage d'une maladie orpheline, de déclaration de handicap, d'interruption de grossesse, de fécondation in vitro, Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge selon les cas :
- de 1 à 5 entretiens téléphoniques individuels avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en vis-à-vis avec un psychologue clinicien.

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

**À la déclaration d'une pathologie lourde affectant l'un des bénéficiaires**
La garantie définie ci-après s'applique :
- à la déclaration d'une des pathologies listées ci-après, dès lors que celle-ci entraîne une hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs,
- ou suite à l'aggravation d'une pathologie existante, mentionnée dans la liste ci-dessous, dès lors que celle-ci entraîne une hospitalisation de plus de 10 jours consécutifs,
- ainsi que pour les pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie.

Cette déclaration doit se faire dans un délai de deux mois suivant l'hospitalisation.

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

Assistance *Groupe* **Matmut** organise et prend en charge, pour chaque bénéficiaire, 100 unités de consommation (dont 12 unités maximum consacrées au transport aller-retour à l'école) réparties sur une période maximale de 12 mois, quel que soit le nombre de pathologies déclarées dans la période. Ces unités peuvent être demandées par le bénéficiaire (ou son parent ou grand-parent dans le cas d'enfants ou de petits-enfants) au fur et à mesure de ses besoins à compter de la déclaration de la pathologie lourde. Elles correspondent aux prestations :

- garde d'enfant au domicile du bénéficiaire (formules « Famille » et « 55 + » seulement),
- transport aller-retour à l'école (formules « Famille » et « 55 + » seulement),
- ménage au domicile,
- livraison de médicaments au domicile du bénéficiaire,
- livraison de courses ou portage de repas au domicile du bénéficiaire. La livraison de courses ou de repas s'entend hors coût des courses ou du repas.

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

Une unité de consommation correspond à une heure de ménage, une heure de garde d'enfant, un transport aller-retour ou une livraison.

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

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

# PROTECTION HOSPITALIÈRE

## 1 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'hospitalisation, cette garantie vous donne droit au versement d'une indemnité journalière forfaitaire, dont le montant est mentionné aux Conditions Particulières de votre contrat **Matmut Santé**, selon les modalités définies à la présente annexe.

## 2 - TERRITORIALITÉ

Cette garantie s'applique pour les hospitalisations survenues sur l'ensemble du territoire français ainsi qu'à l'étranger, sous réserve de l'intervention préalable de l'Assurance Maladie Obligatoire française.
Le versement est toujours effectué en France et en euros.

## 3 - CONDITIONS D'ADHÉSION

La garantie Protection hospitalière est une garantie facultative au contrat **Matmut Santé**. La souscription de cette garantie est, de ce fait, subordonnée à l'existence du contrat **Matmut Santé**.
Pour bénéficier de cette garantie, le ou les assurés au contrat **Matmut Santé**, doivent être âgés de moins de 75 ans au jour de sa souscription.

## 4 - DURÉE DE LA GARANTIE

La garantie Protection hospitalière est viagère. Le maintien de la garantie est subordonné à l'existence du contrat **Matmut Santé**. Elle ne peut être interrompue :
• à la suite de la résiliation de votre contrat dans les cas et conditions visés à l'article 30 des présentes Conditions Générales,
• à votre demande, si vous justifiez de 12 mois révolus passés dans ladite garantie (cf. Titre IV article 26-2-b3).

## 5 - ÉVÉNEMENTS COUVERTS

Sont garanties, les hospitalisations ayant pour cause l'accident, la maladie ou la maternité.
• En cas d'accident ou de maladie, cette indemnité est versée pour toute hospitalisation d'une durée supérieure à 2 jours.
• En cas de maternité, elle est versée pour toute hospitalisation d'une durée supérieure à 6 jours.
Ces franchises ne s'appliquent pas si l'hospitalisation est consécutive à un premier séjour ayant comme origine un même événement ou s'il s'agit d'un transfert entre établissements de soins dans la continuité de la première hospitalisation.

## 6 - FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE

La garantie Protection hospitalière est une garantie facultative du contrat **Matmut Santé** ; à ce titre, les règles de fonctionnement décrites dans le Titre IV des Conditions Générales s'appliquent à la présente garantie.

## 7 - DÉLAIS DE CARENCE

La garantie Protection hospitalière est acquise en cas de :
• accident : dès la souscription de la garantie,
• maladie : 6 mois après la souscription de la garantie,
• maternité : 12 mois après la souscription de la garantie.
Les pathologies suivantes ne sont pas soumises au délai de carence : accidents vasculaires cérébraux invalidants, infarctus, pathologie cardiaque grave, hémopathie, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie ou hémiplégie ou tétraplégie non traumatique, amputation non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique.
En cas d'augmentation du niveau de garantie, les mêmes délais de carence s'appliquent, à compter de la date de prise d'effet de la modification.

## 8 - NIVEAUX D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES FORFAITAIRES

| Niveau 1 | Niveau 2 | Niveau 3 |
|---|---|---|
| 20 € par jour | 35 € par jour | 50 € par jour |

**Le versement de l'indemnité journalière est limité à 120 jours par an dont 30 jours en psychiatrie**

## 9 - MODALITÉS DE VERSEMENT

Pour obtenir le règlement des indemnités au titre de la garantie Protection hospitalière, vous devez compléter le formulaire de demande d'indemnisation et nous l'adresser accompagné d'un justificatif d'hospitalisation (facture, bulletin de situation…).
Le formulaire de demande d'indemnisation est disponible dans toutes nos Agences et sur le site internet du *Groupe* **Matmut** matmut.fr > Espaces Personnels.

Votre demande de versement doit être adressée, au plus tard, dans les deux mois qui suivent la fin de l'hospitalisation.

**10 - EXCLUSIONS**

***Sont exclus de la garantie Protection hospitalière :***

- ***l'hospitalisation à domicile,***
- ***les hospitalisations commencées ou prescrites avant la date de prise d'effet des prestations du contrat,***
- ***l'hospitalisation en établissements non conventionnés par l'Assurance Maladie,***
- ***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, aérium, préventorium, sanatorium,***
- ***les séjours relatifs aux traitements et interventions « esthétiques » non pris en charge par la Sécurité sociale,***
- ***les conséquences directes ou indirectes :***
  - ***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.***

# INDEMNITÉ DÉCÈS

## 1 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès d'un assuré intervenant pendant la période d'effet de la garantie, la Mutuelle **Ociane** verse un capital d'un montant de 900 €, selon les modalités définies à la présente annexe.

## 2 - TERRITORIALITÉ

Cette garantie s'exerce en France et dans les Principautés de Monaco et d'Andorre.
Toutefois, elle est acquise

- dans le monde entier, pendant les douze premiers mois du séjour hors de France,
- pour tous les séjours, quelle qu'en soit la durée, effectués à la demande de l'employeur de l'assuré pour l'exécution d'une mission temporaire dans les pays de l'Espace Économique Européen et dans les pays suivants : Chypre, Suisse, Saint Marin, Vatican.

Le paiement est toujours effectué en France et en euros.

## 3 - CONDITIONS D'ADHÉSION

La garantie Indemnité Décès est une garantie facultative du contrat **Matmut Santé**. La souscription de cette garantie est subordonnée à l'existence du contrat **Matmut Santé**.

Pour bénéficier de cette garantie, le ou les assurés au contrat **Matmut Santé**, doivent être âgés de plus de 12 ans (en application des dispositions de l'article L. 223-5 du Code de la Mutualité) et de moins de 75 ans au jour de sa souscription.

## 4 - FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE

La garantie Indemnité Décès est une garantie facultative du contrat **Matmut Santé** ; à ce titre, les règles de fonctionnement décrites dans le Titre IV des Conditions Générales s'appliquent à la présente garantie.
**Cette garantie cesse de plein droit à l'échéance principale qui suit le 90e anniversaire de l'assuré.**

## 5 - DÉLAI DE CARENCE

La garantie Indemnité Décès est acquise en cas de :

- accident : à la date d'effet de la garantie mentionnée aux Conditions Particulières,
  définition du décès par accident : décès résultant exclusivement d'un accident, c'est-à-dire toute atteinte corporelle de l'assuré non intentionnelle de sa part et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.
- maladie : à l'issue d'une période de 6 mois à compter de la date d'effet de la garantie mentionnée aux Conditions Particulières.

Les pathologies suivantes ne sont pas soumises au délai de carence : accidents vasculaires cérébraux invalidants, infarctus, pathologie cardiaque grave, hémopathie, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie ou hémiplégie ou tétraplégie non traumatique, amputation non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique.

## 6 - MODALITÉS DE VERSEMENT DU CAPITAL

Pour obtenir le règlement du capital au titre de la garantie Indemnité Décès, il convient de compléter le formulaire de demande d'indemnisation et de l'adresser à **Ociane** accompagné du certificat de décès et des documents justifiant du droit à percevoir l'indemnité (des exemples de documents figurent sur le formulaire d'indemnisation).
Ont qualité pour percevoir l'indemnisation en cas de :

| | |
|---|---|
| Décès du souscripteur | le conjoint tel que défini au lexique du présent contrat, à défaut les héritiers du souscripteur |
| Décès du conjoint assuré | le souscripteur, à défaut les héritiers du conjoint |
| Décès de tout autre assuré | les héritiers de l'assuré concerné |

Le formulaire de demande d'indemnisation est disponible dans toutes nos Agences Conseil et sur matmut.fr>Espaces Personnels.

## 7 - LIMITATION DE GARANTIE - EXCLUSIONS

***Sont exclus de la garantie Indemnité décès :***

- ***le suicide de l'assuré pendant la première année qui suit la date d'effet de la garantie,***
- ***les conséquences directes ou indirectes :***
  - ***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.***



Mutuelle Ociane
GROUPE MATMUT

# TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Information du client sur les modalités d'examen des réclamations
conformément à la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel du 26 février 2015

## DÉFINITION

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

## TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

### A - Recours hiérarchique et Service « Réclamations »

#### 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 1.

#### 3 - Délais de réponse

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

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

### B - Médiation

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

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 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.

© Images Source/Getty Images
CG Santé - 01/17



Mutuelle Ociane
GROUPE MATMUT

Mutuelle Ociane
GROUPE MATMUT

Mutuelle **Ociane** soumise aux dispositions
du Livre II du Code de la Mutualité.
Siège social : 8 terrasse du Front-du-Médoc 33054 Bordeaux Cedex
N° SIREN 434 243 085

**FNMF**
Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15
✆ 01 40 43 30 30

**Matmut** *Protection Juridique*
Société anonyme à directoire et conseil de surveillance
au capital de 7 500 000 € entièrement libéré
N° 423 499 391 RCS Rouen
Entreprise régie par le Code des Assurances

**Mutuelle assurance des travailleurs mutualistes**
Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des Assurances
**Sièges sociaux :** 66 rue de Sotteville 76100 Rouen
**Adresses postales :** 76030 Rouen Cedex 1