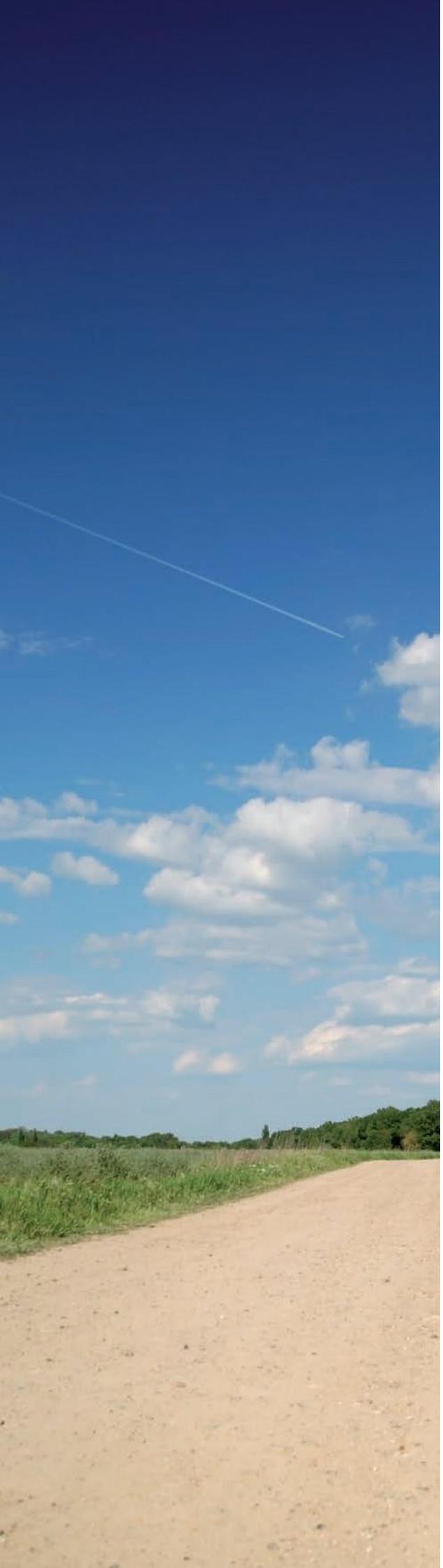


NOTICE D'INFORMATION APPLICABLE AU 1^{er} JANVIER 2025

RÉGIME D'ACCUEIL FRAIS DE SANTÉ NON CADRES





DASSAULT AVIATION et l'ensemble des organisations syndicales ont mis en place un contrat collectif à adhésion obligatoire (accord du 19 novembre 2015) garantissant la prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux pour l'ensemble du personnel non cadre auprès de la Mutuelle **Ociane MATMUT** en co-assurance avec la **Mutuelle de France Unie** sur le site d'Argenteuil-Cergy.

Nous vous proposons de poursuivre votre couverture Frais de Santé aux mêmes conditions de garanties que vous aviez entant qu'actif par votre accord d'adhésion sur l'option A.

Vous pouvez également porter votre choix sur l'option B qui présente des aménagements de garanties minorées.

Ce régime est étendu à titre facultatif aux anciens salariés de Dassault Aviation aux conditions ci-après :

Outre l'article 4 de la loi EVIN n°89-1009 du 31 décembre 1989, les accords passés par votre entreprise prévoient un régime d'accueil amélioré pour les personnes suivantes :

- si vous êtes un ancien salarié bénéficiaire d'une pension de vieillesse de la Sécurité sociale, sous réserve d'avoir été affilié au contrat en tant qu'actif;
- si vous êtes un ancien salarié bénéficiaire d'une retraite anticipée, sous réserve des dispositions des accords préretraite d'entreprise;
- si vous êtes un ancien salarié bénéficiant d'une rente d'incapacité ou d'invalidité et que votre contrat de travail est rompu;
- si vous êtes un ancien salarié privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement;
- si vous êtes un ayant-droit garanti du chef de l'adhérent décédé;

Le maintien des garanties est possible sans condition d'âge et non soumis à un questionnaire médical.

La présente Notice a pour but de vous exposer les différentes garanties de ce régime, vous expliquer les démarches administratives à accomplir pour obtenir le paiement de vos prestations et bénéficier des services associés.

SOMMAIRE

1. Bénéficiaires du régime	P6
2. Les modalités d'admission	P7
3. Modification et terme des garanties	P8
4. Définition des garanties et prestations	P10
5. Se faire rembourser	P14
6. Les principaux services mutualistes	P23
7. Dispositions générales	P26
8. Annexes :	P28
-Tableaux de garanties	
-Cotisations	

VOTRE MUTUELLE

Votre mutuelle est à votre disposition pour toute question relative à vos remboursements et à vos garanties, à votre adhésion et, plus généralement, pour toutes questions ayant trait à votre régime frais de santé et aux services associés.

Deux mutuelles co-assureurs gèrent votre contrat :

SITES DASSAULT	MUTUELLE	ADRESSE	COORDONNÉES
ARGENTEUIL CERGY	 Mutuelle de France Unie Avant tout, solidaire ! Section Dassault Aviation	115, rue Maurice-Berteaux 95870 BEZONS	Tél : 01 39 61 51 25 bezons@mutuelledefranceunie.fr www.mutuelle-dassault.fr
ARGONNAY			
BIARRITZ			
ISTRES			
MARTIGNAS	 MUTUELLE OCÉANE matmut		
MÉRIGNAC		35, rue Claude Bonnier 33054 BORDEAUX Cedex	Tel : 02 35 03 68 68 www.matmut.fr (Espace Personnel)
POITIERS			
SAINT-CLOUD			
SECLIN			

Océane MATMUT obtient la certification ISO 9001, la reconnaissance de la qualité de service.

Depuis de nombreuses années, **Océane** s'est engagée dans une démarche qualité tournée vers l'adhérent et sa satisfaction. L'obtention de la certification ISO 9001*, accordée par AFNOR Certification depuis le 23 juillet 2013, atteste de l'efficacité des procédures mises en œuvre par la Mutuelle **Océane MATMUT**. Elle confirme son aptitude à fournir un service de qualité au quotidien et sa volonté d'améliorer celui-ci de façon permanente.

*La certification ISO 9001 : 2008 spécifie les exigences relatives au système de management de la qualité.



La **Mutuelle Océane Matmut** est l'interlocuteur unique de Dassault Aviation et coordinateur de la co-assurance et de la gestion des mutuelles du contrat. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification qui s'exerce auprès de la **Mutuelle Océane Matmut** ou de la **Mutuelle de France Unie** selon le gestionnaire.

Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

1. BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME

Ce régime collectif à adhésion facultative concerne l'ensemble du personnel non actif non cadre et leurs ayants droit inscrits au moment de la rupture du contrat de travail.

ON ENTEND PAR AYANT DROIT :

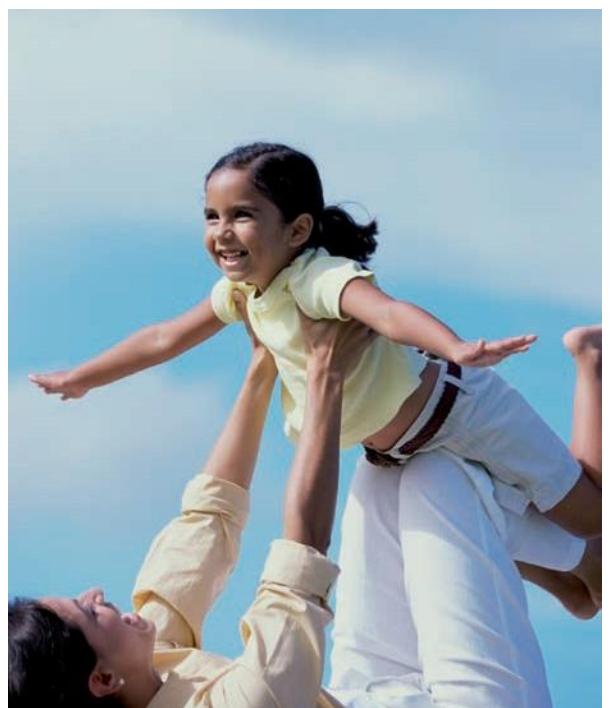
- votre conjoint non séparé de corps judiciairement (y compris travailleur non salarié), à défaut, votre concubin (sous réserve du contrôle prévu aux dispositions générales) ou votre partenaire de Pacs.
- tout enfant légitime, naturel, reconnu ou adoptif, à votre charge ou à la charge de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, au sens de la Sécurité sociale :
 - jusqu'à son 26e anniversaire, , s'il poursuit ses études et peut en justifier par un certificat de scolarité ou une carte d'étudiant, s'il est âgé de plus de 20 ans ;
 - jusqu'à son 26e anniversaire, sous contrat d'apprentissage, de qualification dûment justifié et percevant une rémunération inférieure à 55% du SMIC en vigueur ;
 - tout enfant handicapé, sans limite d'âge, au sens des dispositions législatives ou réglementaires applicables aux personnes handicapées, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail rémunéré.
- les descendants à votre charge fiscale.

Partenaire de Pacs

La personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil.

Concubin notoire

La personne vivant en couple avec l'adhérent dans le cadre d'une union de fait s'il peut être prouvé la vie commune sous la forme d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF, etc.).



2. LES MODALITÉS D'ADMISSION DANS LE RÉGIME

L'adhésion au régime implique d'accomplir quelques formalités:

- 1- remplir le "kit d'adhésion" comportant le bulletin d'adhésion et le "mandat SEPA" ainsi que l'attestation de remise du kit accueil et du salarié licencié".
- 2- remettre ces documents avant votre départ de l'entreprise à votre Service Ressources Humaines pour une prise d'effet immédiate. Sinon, pour une prise en charge dans les 6 mois suivants la date de rupture, la demande se fait directement auprès de la Mutuelle.

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

Selon le Code de la Mutualité, constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice ou à la mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

AJOUT D'UN BÉNÉFICIAIRE

Il n'est pas possible d'ajouter un bénéficiaire sur votre contrat si ce dernier n'y était pas inscrit au moment de la rupture de votre contrat de travail (hors situation d'un nouveau-né).

RETRAIT D'UN BÉNÉFICIAIRE

Le retrait d'un bénéficiaire est possible sur présentation d'un justificatif dans les cas de décès, séparation...avec une prise d'effet à la date de l'évènement ou à l'échéance du 31 décembre sous réserve d'en faire la demande au plus tard le 31 octobre de la même année.

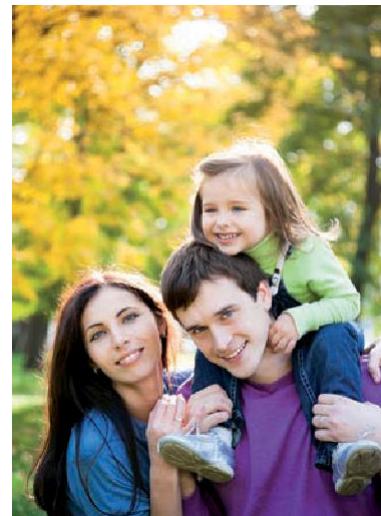
La radiation est automatique à l'échéance annuelle qui suit le 26ème anniversaire de l'enfant.

Vous êtes immédiatement admis dans le régime frais de santé dès réception des documents ci-contre ou au 1er jour du mois suivant votre demande dans les 6 mois de la rupture.



3. MODIFICATION DE VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE

Signalez rapidement à votre mutuelle tout changement relatif à la gestion de votre dossier (changement d'adresse et ou de CPAM, de coordonnées bancaires, de perte ou de vol de votre carte d'adhérent...).



QUALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE	PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR (PHOTOCOPIES)
Adhérent (salarié, retraité, préretraité)	Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale + RIB (Relevé d'identité bancaire)
Conjoint	Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale, si le conjoint est assuré social
Concubin notoire / Pacsé	Justificatif de vie commune sous forme de document établi aux deux noms (quittance de loyer, facture EDF...) + copie du PACS + copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant à charge Sécurité sociale	Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin ou partenaire de Pacs, justifiant de la qualité d'ayant droit à ce titre et sur laquelle figure l'enfant à charge + certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans, à fournir chaque année
Enfant étudiant jusqu'à 26 ans	Certificat de scolarité à fournir chaque année ou copie de la carte d'étudiant + copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant de moins de 26 ans, non à la charge Sécurité sociale, en contrat d'apprentissage ou en contrat de qualification et percevant une rémunération inférieure ou égale à 55% du Smic	Copie du contrat d'apprentissage ou de qualification à fournir chaque année + dernier bulletin de salaire + copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale + justificatif de revenu
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Sécurité sociale)	Tout document justificatif
Ascendant fiscalement à votre charge	Copie de l'avis d'imposition (masquer les revenus) + copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale

VOTRE MUTUELLE SE RESERVE, PAR AILLEURS, LE DROIT DE RÉCLAMER TOUTE AUTRE PIÈCE JUSTIFICATIVE COMPLÉMENTAIRE

QUEL EST LE TERME DES GARANTIES?

Les garanties cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations ;
- au jour de votre décès, du décès de votre conjoint survivant ou de vos ayants-droit susceptibles de conserver la faculté de poursuivre l'adhésion ;
- en cas de résiliation du contrat des actifs à la demande de votre ancien employeur;
- sur demande de votre part :
 - à l'échéance annuelle du 31 décembre sous réserve d'en faire la demande à la mutuelle deux (2) mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre ;
 - à tout moment après un délai préalable d'un an minimum d'adhésion. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation par la mutuelle.
 - en cas de modification des garanties, vous pouvez demander la radiation de votre adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

Cessation d'affiliation des ayants-droit :

L'affiliation de vos ayants droit prend fin en cas de cessation de votre affiliation.

Elle cesse également :

- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous demandez la résiliation de votre ayant-droit. Cette demande doit être adressée à la mutuelle au plus tard le 31 octobre de la même année,
- Sur présentation d'un justificatif dans les cas de décès, séparation...avec une prise d'effet à la date de l'évènement
- En cas de modification des garanties, vous pouvez demander la radiation de vos ayants-droit dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

La notification de la résiliation de l'affiliation peut être effectuée, au choix :

- Par lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
- Par lettre simple ou tout autre support durable ;
- Par voie électronique
- Par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- Par un acte extrajudiciaire ;
- Lorsque l'organisme assureur propose la souscription par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- Par tout autre moyen prévu par le contrat.

Il est précisé que seuls les soins ou actes médico-chirurgicaux dont le fait générateur et la date de soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale sont antérieurs à la date d'effet de la résiliation pourront être pris en charge au titre du régime défini dans la présente notice.

La cessation des garanties mises en œuvre à votre bénéfice entraîne, à la même date, la cessation des garanties au profit de vos ayants droit.



4. DÉFINITION DES GARANTIES ET PRESTATIONS

Les garanties définies dans cette notice d'information ont pour objet de compléter, dans la limite des frais réels, les prestations en nature versées par le régime général de la Sécurité sociale. Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement au titre du contrat, sauf dérogations indiquées dans les tableaux des garanties figurant ci-après.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant et à le consulter pour tout acte médical en dehors des exceptions prévues (*les pédiatres, gynécologues, ophtalmologues et dentistes, ainsi que les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients de moins de 26 ans - en cas d'urgence ou "lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus"* (article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale)).

Le non-respect de ce dispositif entraîne des pénalités financières sur les remboursements de consultations et d'actes médicaux.

SOINS À L'ÉTRANGER

Les soins engagés à l'étranger ne sont pas couverts par votre régime (cas notamment des prothèses et implants) dès lors qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. De même, les achats effectués sur internet, n'offrant aucune garantie de qualité ou de conformité sanitaire, ne sont pas remboursés.

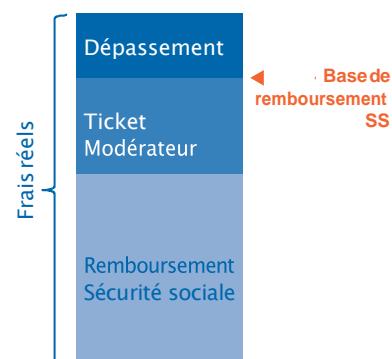
LE CALCUL DES REMBOURSEMENTS

Le régime intervient en complément des remboursements de la Sécurité sociale (sauf dérogations indiquées dans les grilles de garanties ci-après).

Les garanties du régime sont exprimées, selon le cas :

- En référence à la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)
- En % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)
- En euros
- En Frais Réels (FR)

En tout état de cause, la somme des remboursements (après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire) ne pourra excéder le montant des dépenses réelles que vous aurez engagées ni des plafonds d'indemnisation fixés aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.



DISPOSITIFS « PANIER DE SOINS » ET « CONTRAT RESPONSABLE »

Les prestations définies dans la présente Notice d'information :

- S'inscrivent dans le cadre de la couverture minimale « panier de soins » prévue aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

- Respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, conférant ainsi au contrat son caractère responsable.

Conformément aux dispositions des textes précités :

Le contrat prend en charge

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, y compris celles relatives à la prévention définies par arrêté ministériel du 8 juin 2006. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie. Néanmoins elle peut être prévue au tableau de garanties ;
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 322-8 I du Code de la Sécurité sociale ;
- l'intégralité du Forfait patient urgences ;
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers mentionné à l'article L 174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée, sous réserve des exclusions suivantes :

Le forfait journalier n'est donc pas pris en charge si le séjour est effectué dans:

- les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], les établissements et services d'aide par le travail [ESAT], les maisons de convalescence, les centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] notamment);
- les établissements de long séjour (du "type" maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.

- les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM : Conventions OPTAM/OPTAM-CO : ex-Contrat d'Accès aux Soins prévue par la convention nationale médicale - avenant n°8 à la convention médicale nationale publié au JO du 6 décembre 2012).

Cette prise en charge s'effectue dans la double limite de :

- 100% de la base de remboursement,
- et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à une des conventions OPTAM / OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20% de la base de remboursement;
- les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur d'au moins 125% des tarifs servant de base au calcul des prestations (couramment dénommé tarif de responsabilité ou tarif opposable);
- l'équipement optique (monture et verres) tous les deux ans diminués à un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas de changement de correction. Le niveau de garanties respecte les montants minimum et maximum de la prise en charge avec une limite de 100 € pour la monture ;
- le renouvellement de l'équipement prothèses auditives tous les 4 ans avec une prise en charge limitée de remboursement (Sécurité sociale et complémentaire Mutuelle) par oreille ;
- les garanties du « 100% santé » en optique et dentaire intégrant le reste à charge nul.

En tout état de cause, en cas d'évolution des règles des « Contrats responsables » prévoyant de nouvelles obligations de prise en charge ou de nouvelles interdictions, le contrat se trouverait automatiquement modifié par voie d'avenant, et un additif à la présente notice d'information vous serait remis.

Le contrat ne prend pas en charge

- la majoration de l'assuré et le cas échéant, de ses ayants droit prévue à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L.1111-15 du Code de la Santé Publique ;
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18^e de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit à titre indicatif au minimum 8 euros) ;
- Les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Ainsi toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du contrat.

- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport.

Les éléments indiqués ci-avant sont susceptibles d'évoluer en fonction des évolutions de la réglementation.

Au-delà des exclusions ci-dessus, l'organisme assureur ne prend pas en charge au titre du présent contrat :

- les traitements esthétiques ou de cosmétologie, les cures et traitements de rajeunissement et de détente, lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire, les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour (y compris les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), les frais liés aux séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels (dont les maisons d'accueil spécialisées-Mas).
- Tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation d'un salarié ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie.

Déchéance de garantie

- Si l'adhérent ou l'ayant droit réalise une fausse déclaration de sinistre, c'est à dire s'il utilise volontairement des renseignements ou des documents inexacts ou falsifiés comme justificatifs ou utilise tout autre moyen frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations, il est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné. Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de la mutuelle.

QU'EST-CE QU'UN «CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE?»

La notion de «contrat responsable et solidaire » est apparue en 2004 et a pour objectif d'encadrer les dépenses de santé en encourageant notamment le respect du parcours de soins coordonnés.

Son cahier des charges comprend essentiellement le respect d'un certain nombre d'obligations et d'interdictions sur les contrats santé.

- **La Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS)** rectificative et le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 ont décrit un nouveau cahier des charges des contrats responsables.

Ainsi ces textes fixent de nouvelles règles qui s'appliquent à tous les acteurs du marché de la complémentaire santé, et impliquent une mise en conformité de votre régime.

Les principales modifications portent sur les prestations suivantes :

- Le ticket modérateur doit désormais être pris en charge pour toutes les catégories de dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale ;
- Les dépassements d'honoraires doivent être mieux remboursés lorsqu'ils sont pratiqués par des médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) ou signataires depuis le 1er janvier 2017 de deux nouvelles options : Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et Option pratique tarifaire maîtrisée en spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique (OPTAM-CO). En revanche pour les médecins non signataires, la prise en charge de ces dépassements est plafonnée ;
- Les dépenses d'optique sont prises en charge tous les deux ans. Leurs remboursements doivent respecter des plafonds dépendant du degré de correction visuelle.

- **100% Santé et Contrat Responsable**

La LFSS pour 2019 (art 51) et le décret 2019-21 du 11 janvier 2019 déterminent de nouvelles règles attachées au dispositif des contrats responsables et solidaires. La mise en place du panier de soins « 100 % santé » est progressive jusqu'au 1^{er} janvier 2021. Le niveau de garanties du panier de soins « 100 % santé » permet la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) et la complémentaire santé des soins dentaires prothétiques, des frais d'optique et d'audiologie. Ce dispositif s'applique au contrat.

Votre régime frais de santé a été adapté en conséquence. Ces évolutions ont pris effet au 1er janvier 2020.



5. SE FAIRE REMBOURSER

ÊTRE REMBOURSÉ AUTOMATIQUEMENT

Grâce à NOÉMIE, le système de télétransmission entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et votre mutuelle, vous n'avez pas besoin d'envoyer les décomptes que vous adressez à la Sécurité sociale. Les informations sont transmises directement par voie électronique par la CPAM dès le traitement de votre feuille de soin, et vous êtes automatiquement remboursé par votre mutuelle.

En donnant votre accord lors de votre affiliation, la liaison NOÉMIE sera établie par votre mutuelle.

Le remboursement de vos dépenses de santé s'effectue automatiquement en moins de 3 jours par virement bancaire. Pour les dossiers manuels, les soins de villes sont liquidés en moyenne sous 7 jours ouvrés et 11 jours ouvrés en moyenne pour l'hospitalisation. Votre mutuelle vous adresse ensuite un relevé des remboursements effectués.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du système NOÉMIE, vous devrez alors adresser à votre mutuelle vos demandes de remboursement accompagnées des originaux des décomptes de la Sécurité sociale et, le cas échéant, les justificatifs des frais réels engagés.

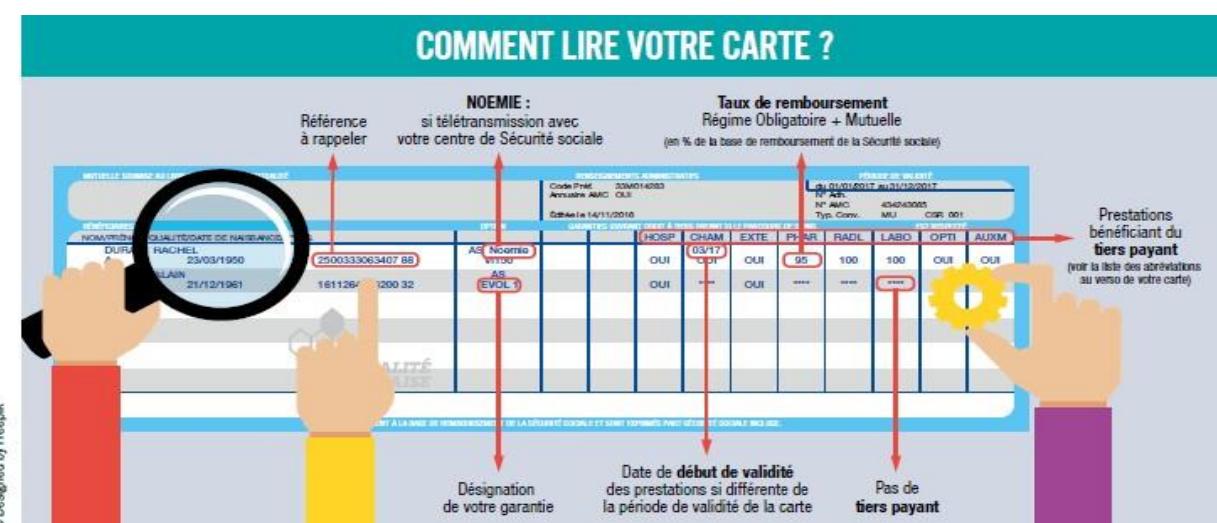
BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT

Le tiers payant est un accord passé entre la mutuelle et le professionnel de santé qui vous dispense de faire l'avance des frais entrant dans la limite des montants mentionnés aux tableaux des garanties.

Quelques jours après votre affiliation, vous recevrez une carte d'adhérent. Il vous suffit de présenter cette carte ainsi que votre Carte Vitale aux professionnels de santé.

Vous serez ainsi dispensé de faire l'avance des frais pris en charge par la Sécurité sociale et votre mutuelle. Celle-ci est renouvelée chaque année.

Vous bénéficiez du tiers payant pour l'hospitalisation, la pharmacie et selon les accords départementaux existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les centres dentaires.



Dans le cas où votre conjoint ou vos enfants disposent déjà d'une autre complémentaire santé, ils peuvent bénéficier de votre contrat en complément de leur propre garantie.

La liaison NOEMIE n'étant pas possible avec deux complémentaires santé, il conviendra donc d'adresser à votre mutuelle les décomptes Sécurité sociale ainsi que ceux des montants déjà remboursés par l'autre organisme, et la garantie s'appliquera dans la limite des frais engagés.

LEXIQUE

BRSS : pour chaque type de prestations santé, la Sécurité sociale fixe une base de remboursement à partir de laquelle elle calcule son remboursement.

RSS : remboursement de la Sécurité sociale calculé par l'application d'un pourcentage de la base de remboursement. Le pourcentage varie en fonction de la nature de la prestation.

SS : Sécurité sociale.

TM : ticket modérateur. Il s'agit de la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et son remboursement effectif.

Dépassements : partie des frais facturés qui dépassent le montant de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Forfait de 2 € : A compter du 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire est de 2 € (contre 1 € jusqu'alors), plafonnée à 4 actes ou consultations effectuées par un même professionnel au cours de la même journée, soit un plafond de 8 € par jour. Cette participation est demandée aux assurés de plus de 18 ans pour chaque consultation ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale, examen ou analyse.

Franchises médicales: sommes déduites des remboursements de la Sécurité sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elles sont plafonnées à 50 € par an.

Le forfait de 2 €, les franchises médicales et les pénalités pour non-respect du parcours de soins coordonné ne sont pas pris en charge par votre régime Frais de santé complémentaire conformément à la réglementation en vigueur.



QU'EST-CE QUE LE DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRES MAÎTRISÉE (DPTM) ?

Conformément aux articles L.871-1 et R.871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale, le montant des prestations garanti au présent Contrat varie selon que le médecin a adhéré ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus par la convention nationale médicale.

A titre indicatif, les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) incluent à ce jour, pour autant que les professionnels appliquent le dispositif :

- l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) ;
- l'OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

Ils ont pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2. Ces dispositifs remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS).

Si votre médecin a adhéré à l'un de ces dispositifs, vous devriez être mieux remboursé. En effet, en contrepartie de certains avantages, les médecins signataires – surtout des spécialistes dits de secteur 2, aux honoraires libres – s'engagent à ne pas augmenter leurs tarifs et à respecter un certain pourcentage d'activité aux tarifs de la Sécurité sociale, notamment dans le cadre de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) qui remplace l'aide à la complémentaire santé (ACS) et de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire.

SUR QUELLE BASE SEREZ-VOUS REMBOURSÉ ?

- spécialiste adhérent au DPTM – exemple sur la Base SS* à 31,50€

Dans un cadre de parcours de soins, une consultation de spécialiste facturée à 40 € :

Remboursement Sécurité sociale 70% 20,05€ (2€ de franchise déduite)	Ticket modérateur 30 % 9,45€	Reste à charge 8,50€
--	---------------------------------	-------------------------

- spécialiste non adhérent à l'OPTAM – exemple sur la Base SS* à 23€

Remboursement Sécurité sociale 70% 14,10€ (2€ de franchise déduite)	Ticket modérateur 30 % 6,9€	Reste à charge 17€
--	--------------------------------	-----------------------

*La base de la Sécurité sociale est supérieure en cas de médecin adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO



Pour la prise en charge du dépassement:

Se référer à votre grille de garanties détaillée à l'Annexe.

COMMENT TROUVER UN MÉDECIN SIGNATAIRE DU DPTM ?

Se connecter sur annuairesante.ameli.fr, l'outil de recherche de professionnels de santé en ligne de l'Assurance maladie :

- choisir sa recherche en fonction de la spécialité ou de l'acte médical ou du nom et de la zone géographique souhaitée ;
- affiner ensuite l'option « honoraires avec dépassements maîtrisés » (DPTM).



QUELQUES PRECISIONS SUR L'OPTIQUE

Monture et verre

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont définies :

- **Les équipements optiques de classe A** (« Reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre sont sans reste à charge pour l'assuré après l'intervention combinée de l'Assurance maladie obligatoire et du contrat de complémentaire santé responsable. Ces équipements sont remboursés à hauteur des frais réels engagés dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé » ;
- **Les équipements optiques de classe B** (« à tarifs libres ») sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur est effectué dans le respect des plafonds et plafonds prévus à l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.



Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Le tableau des prestations mentionnant un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), la prise en charge s'effectue donc dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire.

Cette période de 2 ans (24 mois) s'apprécie à compter de la date d'acquisition du premier équipement. Elle peut donc être différente entre le membre participant et chacun de ses ayants droit.

Le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an :

- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans,
- et quel que soit l'âge du bénéficiaire, en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres et sur présentation des justificatifs mentionnés ci-après lors de la deuxième demande.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, un renouvellement tous les 6 mois est possible en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente,
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application des textes réglementaires (nature des produits délivrés et date de cette délivrance).

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme gestionnaire.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat prévoit une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigéant chacun un des deux déficits. Dans ce cas, les règles de prise en charge sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plafond, plancher, délai de renouvellement).

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur le « contrat responsable » :

- les verres dits « simples » ou « à simple foyer » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptres et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptres.
- les verres dits « complexes » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptres ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptres et à verres multifocaux ou progressifs.
- les verres dits « hyper complexes » correspondent à un équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptres ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptres.



Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe
- ou d'un verre simple et d'un verre hypercomplexe
- ou d'un verre complexe et d'un verre hypercomplexe.

Les lentilles

La Sécurité sociale prend en charge les lentilles de contact. Elle vous rembourse à 60 % sur la base d'un forfait annuel de date à date, par œil, fixé à 39,48 €, soit 23,69 € (que les lentilles soient réutilisables ou non, journalières ou hebdomadaires) uniquement si vous souffrez d'astigmatisme irrégulier, de myopie égale ou supérieure à 8 dioptres, de strabisme accommodatif, d'aphakie anisométrie à 3 dioptres, de kératocône.

Dans votre régime, vous serez remboursé pour vos lentilles acceptées ou refusées, jetables ou non jetables.

QUELS SONT LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR?

- Facture détaillée acquittée de la monture et des verres ou des lentilles (prises en charge par la Sécurité sociale, refusées ou jetables).
- Facture détaillée acquittée pour la chirurgie réfractive de l'œil.

Pensez à demander un devis

Ne communiquez pas vos garanties aux professionnels de santé



LES REMBOURSEMENTS DENTAIRES

Contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des prothèses dentaires est libre (hors les paniers 100% SANTE et Tarifs maîtrisés). Cependant, votre praticien est tenu de vous informer au préalable, au moyen d'un devis établi par écrit et comportant notamment : la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ; le montant des honoraires correspondant au traitement ; le montant remboursé par la Sécurité sociale.

Trois paniers de soins prothétiques sont définis par le contrat responsable :

- Un panier « 100 % santé » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux chirurgiens-dentistes;
- Un panier aux tarifs maîtrisés / modérés remboursé au minimum à hauteur du ticket modérateur et sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans les tableaux de prestations ;
- Un panier aux tarifs libres remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur dans la limite des garanties prévues dans les tableaux de prestations.

QUELS SONT LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR ?

Copie de la feuille de soins, facture détaillée et acquittée du professionnel de santé, précisant:

- la nature des travaux effectués, le numéro des dents concernées
- le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.



Pensez à demander un devis
Ne communiquez pas vos garanties aux professionnels de santé

LES REMBOURSEMENTS DES AIDES AUDITIVES

Deux classes d'équipement auditif sont définies :

- Les équipements auditifs de « classe I » sans reste à charge tels que définis dans la LPP: sont remboursés au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- Les équipements auditifs de « classe II » sont remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur et si le contrat le prévoit la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

✓ A noter

- A partir du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge de l'appareillage auditive est **tous les quatre ans** suivant la date de la facturation. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.
- L'entretien (y compris le changement des piles), réglages, réparation prothèses auditives réalisés par l'audioprothésiste est pris en charge.
- Votre prothésiste a l'obligation de vous présenter au moins un équipement 100 % SANTE (sans reste à charge).
- Les conditions du contrat responsable plafonnent à 1 700 € par oreille le remboursement total (Sécurité sociale + Mutuelle).
- LPP : Liste des Produits et des Prestations

Pensez à demander un devis

Ne communiquez pas vos garanties aux professionnels de santé

QUELLES SONT LES LIMITES AU VERSEMENT DE VOS PRESTATIONS?

Principe indemnitaire

Conformément à l'article L224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, de votre fait, que du jour où votre mutuelle en a eu connaissance;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où vous ou vos ayants droit en avez ou en ont eu connaissance, si vous prouvez ou s'ils prouvent que vous l'avez ou qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand votre action ou celle de vos ayants droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous ou votre ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. Dans le cas où le bénéficiaire serait mineur ou majeur placé sous un régime de protection légale, ce délai ne commence à courir que du jour où celui-ci a atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par le membre participant ou par la mutuelle ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la mutuelle au souscripteur du contrat ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur du contrat, le membre participant ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Fausse déclaration intentionnelle

Les déclarations que vous faites servent de base la garantie. La mutuelle se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de l'affiliation, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, la garantie qui vous est accordée par la mutuelle est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations réglées demeurent acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages-intérêts.

Territorialité

Les garanties ne sont acquises qu'aux salariés affiliés au régime de Sécurité sociale français.

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale.

Les prestations de la mutuelle viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

LES BONS REFLEXES ?

Renseignez-vous sur les praticiens (sont-ils signataires du DPTM, acceptent-ils la carte vitale, quels tarifs pratiquent-ils...?)

Le site internet de l'assurance maladie <http://ameli-direct.ameli.fr> propose un annuaire qui recense tous les professionnels de santé (Médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes...) et établissements de soins de France.

Il vous permet d'effectuer une recherche par nom, par spécialité ou par acte médical. Vous pourrez ainsi trouver les coordonnées d'un praticien avec mention de son mode d'exercice et des tarifs généralement pratiqués, et également savoir s'il accepte la carte vitale.

Ne communiquez pas vos garanties

Afin d'éviter des dépassements d'honoraires injustifiés, ne transmettez pas aux professionnels de santé vos garanties

Utilisez les devis

Avant d'engager des frais importants (travaux dentaires, achat d'un équipement optique ou auditif), nous vous invitons à recourir systématiquement aux devis.

- Demandez un devis précis à votre dentiste, opticien ou audioprothésiste.

Nous vous conseillons de faire réaliser plusieurs devis et d'inclure parmi les professionnels consultés, un dentiste exerçant dans un centre dentaire, un opticien ou un audioprothésiste mutualiste.

Vous trouverez leurs coordonnées sur le site www.mutualite.fr, rubrique « trouver un service de santé » ou auprès de votre mutuelle.

- soumettez le(s) devis à votre mutuelle.

Vous recevrez rapidement une information tarifaire de référence sur les actes prescrits détaillant le remboursement de la Sécurité sociale et la prise en charge de votre mutuelle.

Vérifiez le contenu de votre armoire à pharmacie avant de renouveler vos médicaments

Vous éviterez ainsi les participations forfaitaires restant à votre charge et qui, dans le cadre de la réglementation fiscale et sociale des « Contrats responsables » ne peuvent faire l'objet d'un remboursement par votre régime frais de santé (0,50 € par boîte de médicament).

Mieux vaut prévenir que guérir ! Privilégiez une bonne hygiène de vie (alimentation équilibrée, activité physique régulière ...) pour rester en bonne santé.

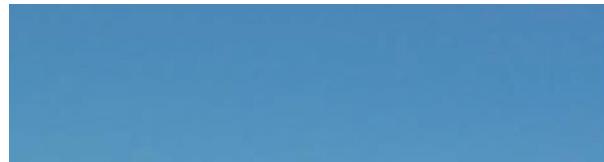
Consultez au moins une fois par an votre dentiste ainsi que votre médecin traitant pour faire le point (dépistages, vaccinations ...).

Privilégiez les médicaments génériques

Un médicament générique est la copie conforme d'un médicament original dont le brevet est dans le domaine public. Il est moins cher car son prix n'inclut pas l'amortissement des frais de recherche.

De manière générale, la réforme de l'Assurance Maladie engagée en 2005 conduit de plus en plus l'assuré social à modifier sa démarche de soins.





6. LES PRINCIPAUX SERVICES MUTUALISTES

LES SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX ADHÉRENTS MUTUALISTES

Vous bénéficiez de l'accès à une offre de soins, de services, complète et de qualité (centres d'optique, de santé, dentaire, d'appareillage médical, aux services d'hospitalisation, centres de soins médicaux et infirmiers...) des unions départementales des mutuelles.

Consultez le site www.mutualite.fr pour trouver un établissement près de chez vous, dans l'onglet « santé » à droite de l'écran, dans la rubrique « trouver un service de santé mutualiste ».

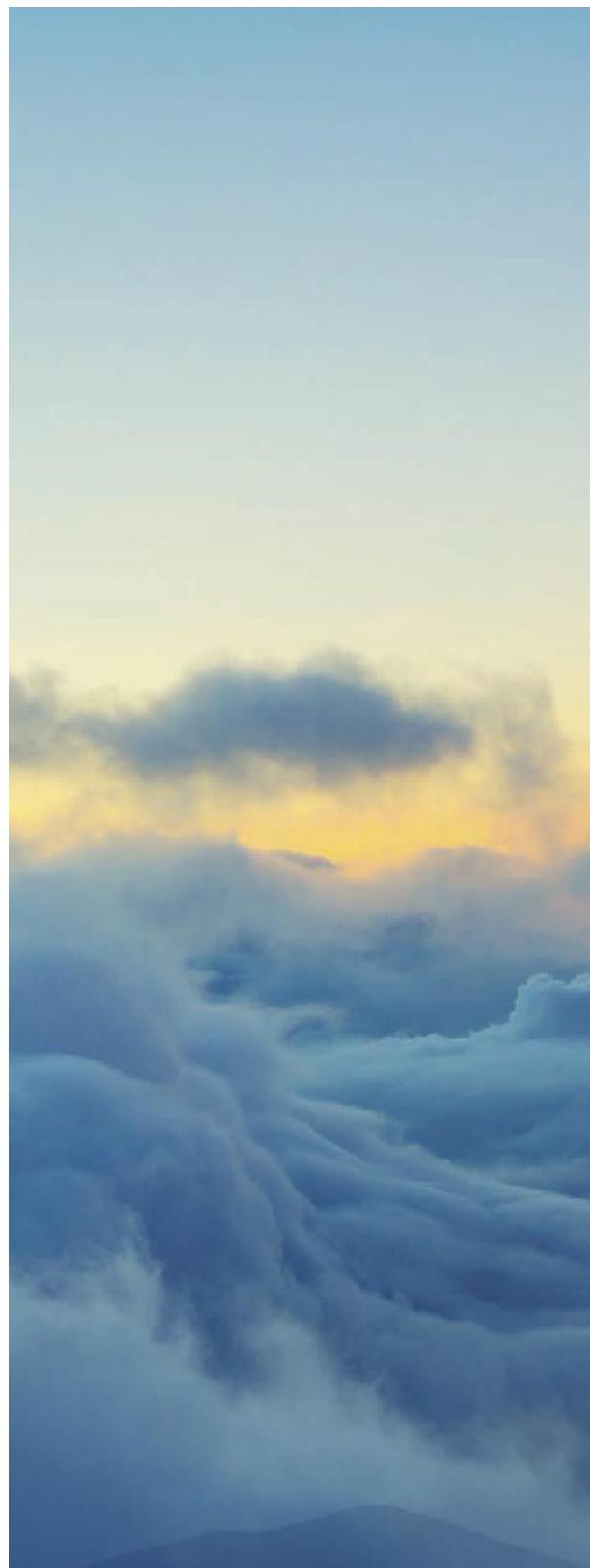
Grâce au régime frais de santé souscrit par votre employeur, vous avez accès à un vaste réseau mutualiste de soins et de services vous proposant :

Une offre de soins et de services complète et de qualité

- 54 pharmacies mutualistes ;
- 750 centres d'optique mutualistes ;
- plus de 480 centres dentaires mutualistes ;
- 103 établissements hospitaliers mutualistes pour une capacité de plus de 9 000 lits ;
- 70 centres de santé mutualiste (médecine générale, spécialités, soins infirmiers, etc.);
- plus de 350 centres d'audition mutualistes.

Une offre de soins et de service proche de chez vous

L'une des caractéristiques des services mutualistes est d'assurer un service de proximité. L'offre de santé mutualiste est donc particulièrement présente dans les agglomérations de taille moyenne où existent des besoins de soins.



LE FONDS D'ENTRAIDE MUTUALISTE

Si vous rencontrez des difficultés, ou si vous êtes concerné par des circonstances particulières telles que maladie, accident, blessures ou décès, la mutuelle peut vous allouer des prestations exceptionnelles autres que celles prévues par votre contrat. De même, la mutuelle peut prendre en charge tout ou partie des cotisations dues par les adhérents en difficulté.

Les secours ainsi attribués, destinés aux adhérents en difficulté, sont prélevés sur les fonds disponibles dans une limite fixée chaque année par l'Assemblée Générale, et attribués sur décision du Fonds d'Entraide Mutualiste mise en place par le Conseil d'Administration.

Les demandes de secours exceptionnels sont établies à partir d'un imprimé prévu à cet effet qui doit comporter l'ensemble des renseignements permettant de statuer sur leur recevabilité, et notamment les éléments suivants :

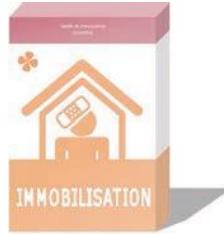
- justificatifs des ressources du demandeur (avis d'imposition ou de non-imposition, copie de la déclaration de revenus...),
- nature des frais engagés ou de l'aide demandée,
- aides déjà obtenues auprès d'autres organismes ou régimes.

Renseignez-vous auprès de votre mutuelle.



L'ASSISTANCE

Vous bénéficiez de garanties d'assistance assurées par MATMUT. Les garanties Assistance Groupe MATMUT sont mises en jeu par Le prestataire Inter Mutuelle Assistance pouvant intervenir en cas d'hospitalisation, d'immobilisation au domicile, en cas de décès. Cette garantie se compose de 4 packs présentés ci-dessous :



Pack hospitalisation : une hospitalisation et un retour au domicile en toute tranquillité. Service accordé pour toute hospitalisation imprévue ou programmée, supérieure à 2 jours :

- aide à domicile
- présence d'un proche
- services de proximité

Pour pallier l'absence physique d'entourage

- fermeture du domicile quitté en urgence;
- prise en charge des animaux domestiques;
- préparation du retour au domicile;
- transfert post-hospitalisation chez un proche.

Pack immobilisation : mieux vivre chez soi maladie ou accident de la vie quotidienne. Pour toute immobilisation supérieure à 5 jours :

- aide à domicile;
- présence d'un proche;
- services de proximité;
- transport aux rendez-vous médicaux.

En cas de problème de mobilité suite à un arrêt de travail

- transport sur le lieu de travail (trajet domicile – travail / travail – domicile).

Le pack Immobilisation prévoit la mise en œuvre de garanties spécifiques en cas de pathologies lourdes.

Pack Info & Conseil : apporter des réponses au quotidien.

Des services dispensés par une équipe de spécialistes (médecins, psychologues, diététiciennes, assistantes sociales, juristes).

- conseil social : information et orientation sur les droits sociaux (démarches à suivre, aides financières...);
- prévention nutrition santé : conseils diététiques pour prévenir les risques liés à l'alimentation
- informations juridiques : sujets liés à la santé, à la famille;
- informations médicales : naissance, loisirs, voyage, recherche médecin, infirmière, intervenant paramédical;
- soutien psychologique : entretiens téléphoniques ou en face à face si nécessaire.

Pack Décès : soutenir les assurés dans un moment difficile.

En cas de décès d'un bénéficiaire, une réponse aux besoins immédiats :

- aide à domicile;
- aide à la recherche d'un prestataire funéraire;
- aide aux démarches administratives;
- rapatriement de corps ;
- prise en charge des enfants;
- conduite à l'école;
- prise en charge des descendants;
- prise en charge des animaux domestiques.

L'ensemble de ces services ainsi que leurs modalités d'accès vous sont présentés dans la notice d'information spécifique qui vous a été remise.

7. DISPOSITIONS GENERALES

Subrogation

Votre mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants ou leurs ayants droit victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Modalités d'examen des réclamations

Le présent article a pour objet de vous informer sur les modalités d'examen des réclamations conformément à la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, et sur la Médiation conformément au Titre 1er du Livre VI du Code de la Consommation (parties législative et réglementaire).

Définition

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

TraITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Recours hiérarchique et Service « Réclamations »

● Recours hiérarchique

En cas de désaccord entre vous et nous, à l'occasion de la gestion du présent contrat ou du remboursement d'une prestation, vous devez tout d'abord vous adresser **au pôle contrat collectif de votre mutuelle** 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.

● 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 votre mutuelle.

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 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.

Médiation : 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).

Service « Réclamations »

-Ociane MATMUT : Groupe MATMUT, 66 rue de Sotteville, 76030 Rouen Cedex 1

-Mutuelle de France Unie : 115, rue Maurice-Berteaux 95870 BEZONS

Délégué à la protection des données :

• **Ociane Matmut** : dpd@matmut.fr
par courrier : **Matmut**
À l'attention du Délégué à la Protection des Données - 66 rue de Sotteville, 76100 Rouen.

• **Mutuelle de France Unie** :
dpo@mutuelles-entis.fr
par courrier : **DPO**,
39 rue du Jourdin CS 59029-Cran Gevrier 74991 ANNECY Cedex 9

Protection des Données Personnelles

Les informations recueillies font l'objet des traitements informatiques par la mutuelle et ses partenaires dans le respect de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 entré en application le 25 mai 2018. Lorsque cela est nécessaire, il vous est indiqué, au moment de leur collecte, si ces informations sont obligatoires ou facultatives.

Ces traitements ont pour finalités :

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

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

- l'exécution d'un contrat d'adhésion auquel vous êtes partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande,
- le respect d'une obligation légale à laquelle la mutuelle est soumise,
- l'intérêt légitime poursuivi par la mutuelle, notamment la prospection commerciale ou la lutte contre la fraude,
- la conduite d'activités de recherche et de développement. Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments définis ci-dessus, un consentement au traitement vous sera demandé.

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

Les destinataires de ces données sont :

- les partenaires, les personnels chargés de la passation, de la gestion et de l'exécution des contrats d'adhésion, les prestataires, les sous-traitants et s'il y a lieu les délégataires de gestion et les intermédiaires en assurances,

-les entités du groupe d'assurance auquel appartient la mutuelle dans le cadre de l'exercice de leurs missions,

-s'il y a lieu, les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties,

-les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels.

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

Vos données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription.

Vous disposez sur vos données des droits :

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

Vous disposez également d'un droit à la portabilité sur les données que vous nous avez communiquées, données nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Pour en savoir plus, vous pouvez vous rendre sur votre Espace Personnel du site matmut.fr.

Vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à des fins de prospection commerciale, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

Lorsque votre consentement a été recueilli pour le traitement de certaines données, vous pouvez le retirer à tout moment. Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits de votre mutuelle (contact dans l'encadré à la page précédente).

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

Enfin, 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.

8. Annexes

LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES :

Vos garanties complémentaires sont détaillées en pages suivantes.

Par ailleurs, votre contrat s'inscrit dans le cadre de la couverture minimale (articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale) et respecte les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies à l'article L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale ainsi que la nouvelle réglementation applicable aux contrats responsables issue du décret du 18 novembre 2014.

Conformément à cette nouvelle législation la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO est plafonnée dans les conditions déterminées au tableau de garanties.

De plus, tous les actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale et définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont inclus dans votre régime complémentaire.

Demandez des devis à plusieurs praticiens avant d'engager des frais de santé importants, notamment en dentaire et en optique, vous réduirez le montant de votre reste à charge...

VOS DÉCOMPTE EN LIGNE

Votre mutuelle met à votre disposition un espace personnel sur internet.

Vous pouvez ainsi consulter :

- vos informations personnelles ;

COTISATIONS

Structure et règlement des cotisations

Régime d'accueil (retraités, invalides ou incapables dont le contrat de travail est rompu, licenciés, ayants droit d'un membre participant décédé) : Une structure de cotisations adulte/enfant est retenue, la cotisation étant déterminée pour chaque adulte et chaque enfant à charge. Vos cotisations sont payables mensuellement d'avance, la collecte est assurée par votre mutuelle.

La TSA (Taxe de Solidarité Additionnelle) à son taux égal à 13,27 % telle qu'instaurée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 du 22 décembre 2014. Il est précisé que les cotisations intègrent les frais de gestion s'élevant à 9,50 % des cotisations nettes de TSA.

[Le non-paiement des cotisations entraîne la mise en œuvre de la procédure prévue par l'article L. 221-8 du Code de la Mutualité qui dispose :](#)

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

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

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

GARANTIES DASSAULT ACCUEIL A - 01/01/2025

Les prestations ci-dessous sont exprimées y compris le remboursement de la Sécurité sociale

Garanties		BASE OBLIGATOIRE			
SOINS COURANTS					
Généraliste (DPTM) (1)		150% BRSS			
Généraliste (Non DPTM) (1)		130% BRSS			
Spécialiste (DPTM) (1)		200% BRSS			
Spécialiste (Non DPTM) (1)		180% BRSS			
Consultation Psychologue remboursée par la Sécurité sociale		100 % BRSS			
Acte Technique (DPTM) (1)		200% BRSS			
Acte Technique (Non DPTM) (1)		180% BRSS			
Radiologie (radio, scanner, IRM...) DPTM (1)		200% BRSS			
Radiologie (radio, scanner, IRM...) Non DPTM (1)		180% BRSS			
Sages-femmes		100% BRSS			
Auxiliaire médical		100% BRSS			
Orthophoniste		115% BRSS			
Analyse médicale		100% BRSS			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, étiopathie, diététicien, acupuncteur, psychologue pour enfant de moins de 18 ans, naturopathe, psychomotricien, substitut nicotine (2))		3 % PMSS / an			
Orthopédie - Prothèses non dentaires		360 % BRSS (minimum 40 % PMSS pour les fauteuils roulants)			
Actes de prévention (3)		100% BRSS			
Homéopathie, Phytothérapie, prescrite et non remboursée		30 € / an			
Médicaments	SMR majeur	100% BRSS			
	SMR modéré	100% BRSS			
	SMR faible	100% BRSS			
HOSPITALISATION (conventionné ou non) (4)					
Frais de séjour		100% FR limité à 500 % BRSS			
Honoraire médical et chirurgical (DPTM) (1)		600% BRSS			
Honoraire médical et chirurgical (Non DPTM) (1)		200% BRSS			
Forfait Journalier Hospitalier (5)		100% FR			
Forfait sur les actes lourds (coeff ≥ 60 et ≥ 120 €)		100% FR			
Forfait patient urgences		100% FR			
Chambre particulière		2,4 % PMSS / jour			
frais d'accompagnant (hébergement) pour les enfants de moins de 17 ans		1 % PMSS / jour			
Maternité		Prise en charge selon les couvertures Hospitalisation et Frais médicaux courants			
Forfait Adoption/ Maternité		150 € par enfant			
Prime par enfant inscrit dans les 3 mois de sa naissance ou de son adoption					
Frais de transport		100% BRSS			
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale		100 % BRSS + 14 % PMSS / an			
DENTAIRE		TOTAL BASE 100 % Santé (6)	TOTAL BASE Tarifs Maîtrisés (7)	TOTAL BASE Tarifs Libres	
Soins Dentaires		125 % BRSS			
Inlay Core		Sans Reste à Charge			
Inlay / Onlay		225 % BRSS			
Prothèses transitoires		Sans Reste à Charge			
Prothèses fixes		100 € / acte			
Bridge		550 € / acte			
Prothèses amovibles		Sans Reste à Charge			
Prothèse non prise en charge par la Sécurité sociale		540 % BR			
Implant Racine		300 € / an			
Pilier Implantaire		530 € / implant (Maxi 2 / an)			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale		100 € / pilier (Maxi 2 / an)			
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale		430 % BR			
Parodontologie ou endodontie non prise en charge par la Sécurité sociale		600 € / semestre			
		490 € / an			
OPTIQUE (8)		BASE OBLIGATOIRE			
Fréquence de prise en charge		Tous les 2 ans à partir de 16 ans			
Monture seule		De 16 ans et plus			
Verre simple		Sans Reste à Charge	100 €		
Verre complexe		Sans Reste à Charge	Possibilité de panacher 2 verres de classe B et une monture 100% santé classe A ou inversement		
Verre très complexe		Sans Reste à Charge	300 €		
Monture seule		Moins de 16 ans			
Verre simple		Sans Reste à Charge	100 €		
Verre complexe		Sans Reste à Charge	Possibilité de panacher 2 verres de classe B et une monture 100% santé classe A ou inversement		
Verre très complexe		Sans Reste à Charge	254 €		
Autres prestations sur verres et montures : filtres, prismes et adaptation de la prescription		254 €			
Lentilles cornées (remboursées ou non par la Sécurité sociale)		100% BR			
Chirurgie de la myopie (Kératotomie)		6 % PMSS / an / bénéficiaire			
		350 € / œil			
AIDES AUDITIVES (9)		TOTAL BASE 100 % Santé Classe I	TOTAL BASE Tarifs Libres Classe II		
Fréquence de prise en charge		Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date			
Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus		Sans Reste à charge dans la limite de 1 700 € en classe II			
Aides auditives à partir de 20 ans		Sans Reste à charge	285 % BRSS		
Réparation en Entretien		100% BRSS			
Décès du conjoint ou des ayants-droit (bénéficiaire du contrat)		50% PMSS dans la limite des dépenses engagées			
BSS : Base de Remboursement Sécurité sociale / FR : Frais Réels / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale					
Lé : Légal					
(1) Médecin signataire ou non signataire d'un Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisé					
(2) Substituts nicotiniques (patches, gommes à mâcher ou produits pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale)					
(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article L. 871-2 du même code) sont pris en charge autrement qu'après information à la date du 18/11/2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéoprotéctionniste pour les femmes de plus de 50 ans ; détartrage des dents de 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumococcique, selon les cas) ; dépistage de la maladie de Parkinson					
(4) Sont pris en compte les remboursements liés aux hospitalisations médicales, chirurgicales, obstétriques, psychiatriques et ambulatoires. Ne sont pas pris en compte les remboursements liés aux longs séjours suivants : les longs séjours en maison de cure médicale et de retraite pour personnes âgées					
(5) Forfait journalier hospitalier : durée illimitée. MAS et EHPAD non pris en charge					
(6) Forfait journalier du jour du départ : 100% BRSS					
(7) Les prothèses dentaires en céramique (tous types), couronne céramique zircone (dents hors molaires), couronne céramométallique et céramique - hors zirconium - (incisives, canines et 1ères prémolaires), bridge céramométallique (incisives), couronne mobile. Leurs prix sont encadrés par des Prix Limites de Vente (PLV)					
(8) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs de moins de 16 ans, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles					
(9) dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment). S'agissant de l'équipement libre (Classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1 700 € RSS inclus au 01.01.2021)					

GARANTIES DASSAULT ACCUEIL B - 01/01/2025

Les prestations ci-dessous sont exprimées y compris le remboursement de la Sécurité sociale

Garanties		BASE OBLIGATOIRE			
SOINS COURANTS					
Généraliste (DPTM) (1)		100% BRSS			
Généraliste (Non DPTM) (1)		100% BRSS			
Spécialiste (DPTM) (1)		100% BRSS			
Spécialiste (Non DPTM) (1)		100% BRSS			
Consultation Psychologue remboursée par la Sécurité sociale		100 % BRSS			
Acte Technique (DPTM) (1)		100% BRSS			
Acte Technique (Non DPTM) (1)		100% BRSS			
Radiologie (radio, scanner, IRM...) DPTM (1)		100% BRSS			
Radiologie (radio, scanner, IRM...) Non DPTM (1)		100% BRSS			
Sages-femmes		100% BRSS			
Auxiliaire médical		100% BRSS			
Orthophoniste		100% BRSS			
Analyse médicale		100% BRSS			
Orthopédie - Prothèses non dentaires		360 % BRSS			
Actes de prévention (2)		100% BRSS			
Médiaments	SMR majeur	100% BRSS			
	SMR modérée	100% BRSS			
	SMR faible	-			
HOSPITALISATION (conventionnée ou non) (3)					
Frais de séjour		100 % BRSS			
Honoraire médical et chirurgical (DPTM) (1)		165 % BRSS			
Honoraire médical et chirurgical (Non DPTM) (1)		145% BRSS			
Forfait Journalier Hospitalier (4)		100% FR			
Forfait sur les actes lourds (coeff ≥ 60 et ≥ 120 €)		100% FR			
Forfait patient urgences		100% FR			
Chambre particulière		1 % PMSS / jour limité à 30j / an en service psychiatrique ou gériatrique			
Frais d'accompagnant (hébergement) pour les enfants de moins de 12 ans		1 % PMSS / jour			
Maternité		Prise en charge selon les couvertures Hospitalisation et Frais médicaux courants			
Frais de transport		100% BRSS			
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale		100 % BRSS + 10 % PMSS / an			
DENTAIRE		TOTAL BASE	TOTAL BASE		
100 % Santé (6)		Tarifs Maitrisés (6)	Tarifs Libres		
Soin Dentaires		100 % BRSS			
Inlay Core		Sans Reste à Charge	175 € / acte		
Inlay / Onlay		100 € / acte	100 € / acte		
Prothèses牙冠		Sans Reste à Charge	100 € / acte		
Prothèses fixes		Sans Reste à Charge	264 € / acte		
Bridge		Sans Reste à Charge	220 % BR		
Prothèses amovibles		Sans Reste à charge	220 % BR		
Prothèse non prise en charge par la Sécurité sociale		150 % BR reconstitué			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale		200 % BR			
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale		100 % BR reconstitué			
Garanties		BASE OBLIGATOIRE			
OPTIQUE (7)		TOTAL BASE	TOTAL BASE		
100 % Santé Classe A		Mixte	Tarifs Libres Classe B		
Fréquence de prise en charge		Tous les 2 ans à partir de 16 ans			
Monture seule		Sans Reste à Charge	100 €		
Verre simple		Sans Reste à Charge	Possibilité de panacher 2 verres de classe B et une monture 100% santé classe A ou inversement 3 % PMSS		
Verre complexe		Sans Reste à Charge	3 % PMSS		
Verre très complexe		Sans Reste à Charge	3 % PMSS		
Monture seule		Sans Reste à Charge	100 €		
Verre simple		Sans Reste à Charge	Possibilité de panacher 2 verres de classe B et une monture 100% santé classe A ou inversement 3 % PMSS		
Verre complexe		Sans Reste à Charge	3 % PMSS		
Verre très complexe		Sans Reste à Charge	3 % PMSS		
Autres prestations sur verres et montures : filtres, protections et adaptation de la prescription		100% BR			
Lentilles cornéennes (remboursées ou non par la Sécurité sociale)		6 % PMSS / an / bénéficiaire			
AIDES AUDITIVES (8)		TOTAL BASE	TOTAL BASE		
100 % Santé Classe I		Tarifs Libres Classe II			
Fréquence de prise en charge		Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date			
Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus		Sans Reste à charge dans la limite de 1 700 € en classe II			
Aides auditives à partir de 20 ans		Sans Reste à charge			
Réparation en Entretien		1 140 €			
Dépêche du conjoint ou des ayants-droit (bénéficiaire du contrat)		100% BRSS			
		50% PMSS dans la limite des dépenses engagées			
BRSS : Base de Remboursement Sécurité sociale / FR : Frais Réels / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale					
Légende					
(1) Médecin signataire ou non signataire d'un Dispositif Pratique Tarifaire Maitrisé.					
(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18/11/2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).					
(3) Sont pris en compte les remboursements liés aux hospitalisations médicales, chirurgicales, obstétriques, psychiatriques et ambulatoires. Ne sont pas pris en compte les remboursements liés aux longs séjours suivants : les longs séjours en maison de cure médicale et de retraite pour personnes âgées.					
(4) Forfait journalier hospitalier : durée illimitée. MAS et EHPAD non pris en charge.					
(5) Prothèses relevant du 100 % Santé sans reste à charge : couronne et bridge métalliques (toutes dents), couronne céramique zirconium (dents hors molaires), couronne céramométallique et céramique - hors zirconium - (incisives, canines et 1ères prémolaires), bridge céramométallique (incisives), couronne mobile. Leurs prix sont encadrés par des Prix Limites de Vente (PLV).					
(6) Les prix des prothèses à tarifs maitrisés sont plafonnés aux Prix Limites de Vente fixés réglementairement.					
(7) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs de moins de 16 ans, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles					
(8) dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment). S'agissant de l'équipement libre (Classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1 700 € RSS inclus au 01.01.2021)					

Légende des grilles de garanties :

BRSS : Base de Remboursement Sécurité sociale / FR : Frais Réels / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

Légende :

(1) Médecin signataire ou non signataire d'un Dispositif Pratique Tarifaire Maitrisée

(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18/11/2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphthérite, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) Sont pris en compte les remboursements liés aux hospitalisations médicales, chirurgicales, obstétriques, psychiatriques et ambulatoires. Ne sont pas pris en compte les remboursements liés aux longs séjours suivants : les longs séjours en maison de cure médicale et de retraite pour personnes âgées.

(4) Forfait journalier hospitalier : durée illimitée. MAS et EHPAD non pris en charge

(5) Prothèses relevant du 100 % Santé sans reste à charge : couronne et bridge métalliques (toutes dents), couronne céramique zircone (dents hors molaires), couronne céramométallique et céramique - hors zircone - (incisives, canines et 1ères prémolaires), bridge céramométallique (incisives), couronne mobile. Leurs prix sont encadrés par des Prix Limites de Vente (PLV)

(6) Les prix des prothèses à tarifs maîtrisés sont plafonnés aux Prix Limites de Vente fixés réglementairement

(7) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs de moins de 16 ans, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles

(8) dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment). S'agissant de l'Équipement libre (Classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(9) dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment). S'agissant de l'Équipement libre (Classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du

COTISATIONS MENSUELLES

L'article 4 de la Loi Evin a été modifié par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017. Ce décret prévoit l'échelonnement de la majoration des cotisations de l'ancien salarié dont le contrat de travail est rompu (départ en retraite ou départ ouvrant droit à l'assurance chômage) à compter du 1er juillet 2017 sur l'Option A, comme suit :

-1^{ère} année : tarifs identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

-2^e année : 25% maximum d'augmentation des cotisations ;

-3^e année : 50% maximum d'augmentation des cotisations.

A compter de la 4^e année, la cotisation de l'ancien salarié devient celle en place pour les anciens salariés affiliés avant le 1^{er} juillet 2017.

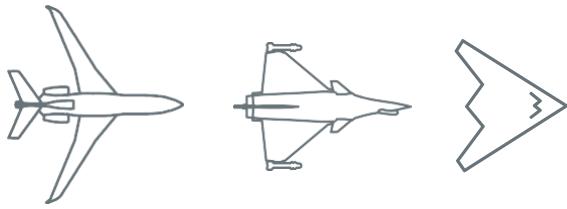
Au 1^{er} janvier 2025

Régime Accueil nouveaux affiliés à compter du 1 ^{er} juillet 2017 :		
LOI EVIN		
1 ^{ère} année	2 ^e année	3 ^e année
Option A	Option A	Option A
Ex-salarié	85,42 €	106,78 €
Conjoint	152,97 €	152,97 €
Enfant	52,35 €	52,35 €

Au 1^{er} janvier 2025

Régime Accueil affiliés avant le 1 ^{er} juillet 2017 et à partir de la quatrième année		
	Option A	Option B
Adulte	152,97 €	91,96 €
Enfant	52,35 €	
2 adultes avec ou sans enfant		183,17 €

Remplir le mandat SEPA de la mutuelle pour le paiement mensuel des cotisations calculées selon le choix de la garantie et le nombre de bénéficiaires inscrits, ainsi que votre relevé d'identité bancaire pour le virement des remboursements complémentaires.



Dassault Aviation

Siège social: 9, rond-point des Champs-Élysées - Marcel Dassault - 75008 Paris - France
Tél.: +33 (0)1 53 76 93 00 - Fax: +33 (0)1 53 76 93 20 - 712 042 RCS PARIS

dassault-aviation.com

*Higher together : Ensemble plus loin



La **Mutuelle Ociane MATMUT** est l'interlocuteur unique de Dassault Aviation et coordinateur de la co-assurance et de la gestion des mutuelles du contrat. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification qui s'exerce auprès de la **Mutuelle Ociane MATMUT** ou de la **Mutuelle de France Unie** selon votre gestionnaire.

Mutuelle Ociane soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - N° SIREN 434 243 085.
Siège social : 35 rue Claude Bonnier 33054 Bordeaux Cedex Matmut -
Mutuelle assurance des travailleurs mutualistes - Société
d'assurance mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le
Code des Assurances. Siège social : 66 rue de Sotteville 76100 Rouen.
Les garanties Assistance sont assurées par la Matmut et réalisées par
IMA GIE.