

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

RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

PERSONNEL ACTIF NON-CADRE



DASSAULT AVIATION et l'ensemble des organisations syndicales ont mis en place votre 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 (ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres et hors les salariés du groupe d'emplois E bénéficiant du régime de protection sociale complémentaire Santé des cadres à effet du 1^{er} janvier 2024) auprès de la Mutuelle **Ociane Matmut** en co-assurance avec la **Mutuelle France Unie** sur le site d'Argenteuil/Cergy.

La présente notice d'information 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	P5
2. Les modalités d'affiliation	P6
3. Prise d'effet, suspension, maintien et terme des garanties	P8
4. Définition des garanties et prestations	P11
5. Se faire rembourser	P16
6. Les principaux services mutualistes	P31

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, solidarité! 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 MÉRIGNAC POITIERS SAINT-CLOUD SECLIN	 MUTUELLE OCIANE matmut	35, rue Claude Bonnier 33054 BORDEAUX Cedex	Tél : 02 35 03 68 68 www.matmut.fr (Espace Personnel)

La Mutuelle Ociane Matmut a obtenu la certification ISO 9001, la reconnaissance de la qualité de service.

Depuis de nombreuses années, **Ociane** 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 Ociane Matmut**. Elle confirme son aptitude à fournir un service de qualité au quotidien et sa volonté d'améliorer celui-ci de façon permanente.

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

La **Mutuelle Ociane Matmut** 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 France Unie**.

Autorité de contrôle

Les Mutuelles sont soumises 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 obligatoire concerne l'ensemble du personnel non cadre et leurs ayants droit affiliés au régime général de la Sécurité sociale.

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 26^e 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 26^e 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 ascendants 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’AFFILIATION

L’affiliation au régime est obligatoire pour les salariés*, mais cette disposition ne vous dispense pas d’accomplir certaines formalités lors de votre embauche :

- Remplissez le bulletin d’adhésion qui vous a été remis pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit ;
- Retournez ce bulletin, au plus vite, au service Ressources Humaines de votre établissement accompagné des pièces justificatives mentionnées en page suivante.

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.

MODIFICATION DE VOTRE SITUATION DE FAMILLE

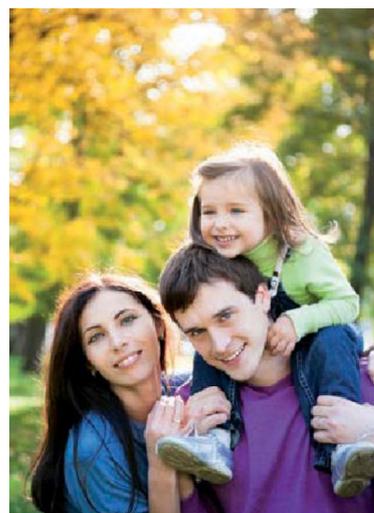
Votre état civil a évolué : mariage, naissance, concubinage... Indiquez cette situation à votre mutuelle gestionnaire via le bulletin « Modification » disponible sur votre Espace Personnel. Ce bulletin est à renvoyer à votre mutuelle gestionnaire, accompagné des pièces justificatives, au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l’événement pour une prise en charge dès la survenance de l’événement ; Dans le cas d’un envoi tardif, votre modification sera prise en compte au 1er du mois suivant la réception de votre bulletin.



* Le salarié dont le conjoint est lui-même salarié de Dassault Aviation peut-être dispensé d’adhésion et peut se positionner en tant que conjoint, s’il en fait la demande au plus tard le 31 octobre pour un effet au 1^{er} janvier suivant.

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 de 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

3. PRISE D'EFFET, SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES

QUELLE EST LA DATE D'EFFET DES GARANTIES ?

Vos garanties entrent en vigueur dès votre date d'embauche au sein de DASSAULT AVIATION.

Dans quels cas vos garanties peuvent-elles être suspendues ?

En cas de contrat de travail non rémunéré par votre employeur vos garanties sont suspendues de plein droit par exemple:

- congé sabbatique visé à l'article L.3142-91 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L.3142-78 et suivants du Code du travail ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité;
- congé sans solde tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié;
- congé de soutien familial visé à l'article L.3142-22 et suivants du Code du travail ;
- et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune rémunération que ce soit sous la forme d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers- à l'exception du congé parental, voir à la page suivante -

La suspension des garanties intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective de l'activité professionnelle, sous réserve que la mutuelle en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties sera la date à laquelle la mutuelle aura été informée de la reprise effective au travail.

Pendant la période de suspension des garanties, vous ne payez plus de cotisation et les frais médicaux et chirurgicaux survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent régime (la date de survenance retenue étant le fait générateur et la date de soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale).

Toutefois, vous pouvez bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien des garanties et prestations définies à la présente notice, sous réserve d'en faire la demande auprès de votre employeur en complétant un bulletin modificatif (bulletin disponible auprès de votre service RH) dans le mois suivant la suspension de votre contrat de travail.

Dans ce cas, vous êtes redevable de l'intégralité de la cotisation et ne bénéficiez pas de la participation financière de votre employeur.

Reportez-vous page 9 si vous bénéficiez d'un congé parental éducatif ou d'un maintien de salaire pendant votre suspension de contrat de travail.

DANS QUELS CAS VOS GARANTIES ONT-ELLES MAINTENUES ?

En cas de suspension de votre contrat de travail, donnant lieu à indemnisation (maintien total ou partiel de salaire ou versement d'indemnités journalières complémentaires) ou à l'occasion d'un congé parental éducatif (article L.1225-47 du code du Travail), les garanties sont maintenues, pendant toute la durée de suspension de votre contrat de travail ou de votre congé parental.

Dans ce cas, la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés actifs.

L'exonération des cotisations intervient dès la fin de la période du maintien de **salaire** de l'employeur (= à compter de la prise en charge uniquement du régime complémentaire Prévoyance) avec une prise d'effet au 1er jour du mois civil suivant la fin de cette période d'indemnisation, et se poursuit, tant que le contrat de travail est maintenu.

En cas de rupture de votre contrat de travail, votre couverture peut-être poursuivie aux conditions suivantes :

A titre individuel : cas visés par l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, vous pouvez bénéficier du maintien de la couverture de la garantie, et ce sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- 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 de(s) accord(s) de préretraite d'entreprise ;
- si vous êtes un ancien salarié bénéficiaire 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.

Les garanties prennent effet le lendemain de la demande.

La demande de maintien doit être adressée à votre mutuelle dans les six mois suivant la rupture de votre contrat de travail ou suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties en portabilité ou dans les six mois suivant le décès de l'adhérent pour les ayants-droit.

Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par l'Assurance chômage – Portabilité des droits

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties, sous réserve qu'ils satisfassent aux conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'Assurance chômage, convention de reclassement personnalisé, etc ...), à **l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- l'ancien salarié doit justifier auprès de la mutuelle sa prise en charge par le régime d'Assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire que l'ancien salarié bénéficie, à la date de cessation de son contrat de travail, du régime de frais de santé prévu au contrat.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié (terme du délai de préavis, effectué ou non), et se prolonge pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations notamment) pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité, ainsi qu'à leurs ayants-droit le cas échéant.

Le bénéfice du maintien des garanties est étendu aux ayants-droit des anciens salariés, dès lors qu'ils ont été déclarés et dûment affiliés au contrat, au plus tard avant la date de cessation du contrat de travail.



QUEL EST LE TERME DES GARANTIES ?

Les garanties cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations;
- à la date d'effet de la liquidation de votre pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite tel que défini par l'article L.161-22 du Code de la Sécurité sociale;
- à la date de rupture de votre contrat de travail (correspondant au terme du préavis, effectué ou non) sous réserve des dispositions relatives au maintien des garanties dans la cadre de la portabilité et de celles relatives à la Loi Evin;
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel couverte par le régime ;
- 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 ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat souscrit par votre employeur.

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 oeuvre à votre bénéfice entraîne, à la même date, la cessation des garanties au profit de vos ayants-droit **sauf dans le cas de situation des personnes garanties du salarié décédé qui bénéficient pendant 1 an ou jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint l'âge de 3 ans de la poursuite des garanties, et ce à titre gracieux sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois du décès du salarié.**

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.

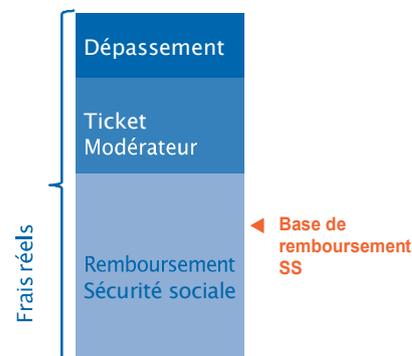
LE CALCUL DES REMBOURSEMENTS

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 L.871-1, 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 (FPU) ;
- 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 dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM : Conventions OPTAM/OPTAM-CO : ex-Contrat d'Accès aux Soins prévu 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 réduits 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 intègrent 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 par votre employeur.

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° 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.**

Si parmi les salariés et les ayants-droit affiliés au contrat, certains relèvent du dispositif local d'assurance maladie en vigueur en Alsace Moselle, la mutuelle tiendra compte des dispositions spécifiques prévues par cette zone géographique, ceci afin que tout Membre bénéficie du même niveau global de remboursement et que la prise en charge par la mutuelle ne puisse conduire à une indemnisation totale excédant le montant des frais exposés.

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 1er 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 prophétiques, des frais d'optique et d'audiologie. Ce dispositif s'applique à votre contrat.

Votre régime frais de santé a été adapté en conséquence. Sa mise en conformité conformément aux évolutions réglementaires permet de maintenir les avantages sociaux et fiscaux acquis dans le cadre des contrats collectifs et obligatoires.



RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE = COTISATIONS DÉDUCTIBLES

Vos garanties frais de santé sont souscrites de façon collective et obligatoire. La part salariale des cotisations à ce régime peut ainsi être défiscalisée : ces cotisations sont déduites de votre salaire net imposable sur votre bulletin de paie. La part prise en charge par votre employeur est exonérée socialement : vous ne payez pas de charges sociales sur ces contributions.

Depuis 2014 (imposition sur les revenus de 2013), la part de la cotisation au titre du régime frais de santé prise en charge par votre employeur n'est plus déductible de votre revenu imposable.



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 adresse 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.

COMMENT LIRE VOTRE CARTE ?

NOÉMIE : si télétransmission avec votre centre de Sécurité sociale

Taux de remboursement Régime Obligatoire + Mutuelle (en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale)

Code PMSI	2300014283	Personne ADIC	OUI	Code de la Sécurité Sociale	1471100016	HOSP	CHAM	EXTE	PHAR	RAEL	LABO	OPTI	AUXM
2500333063407 BB	ASÉ Noémie	EVOLU	OUI	OUI	OUI	OUI	03/17	OUI	OUI	95	100	100	OUI

Préstations bénéficiant du tiers payant (voir la liste des abréviations au verso de votre carte)

© Designed by Freepik

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 et de la réglementation.

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 médicales, 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 LES DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE 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* = 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 au DPTM - exemple sur la Base SS* = 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 au OPTAM / OPTAM-CO



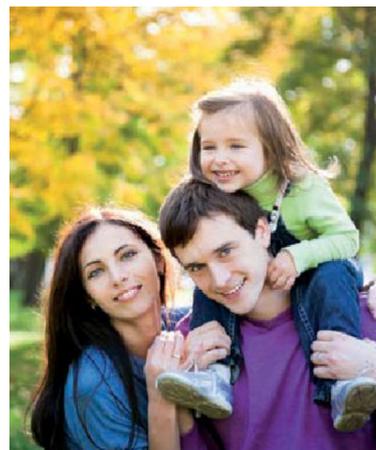
Pour la prise en charge du dépassement:

se référer à votre grille de garanties détaillée dans cette notice.

COMMENT TROUVER UN MÉDECIN SIGNATAIRE DU DPTM ?

Se connecter sur annuaire.sante.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).



LES ACTES MEDICAUX

NATURE DES GARANTIES	Sécurité sociale	Remboursements y compris remboursements de la Sécurité sociale	
	Régime Général	Dépassements d'honoraires	
ACTES MÉDICAUX		non DPTM	DPTM
• Consultation / Visite Généraliste	70 % BR	130 % BR	150 % BR
• Consultation / Visite Spécialiste	70 % BR	180 % BR	200 % BR
• Consultation Psychologue Remboursée par la Sécurité sociale	60 % BR	100 % BRSS	
• Actes Techniques Médicaux et Chirurgie	70 % BR	180 % BR	200 % BR
• Actes d'Imagerie Médicale et Echographie	70 % BR	180 % BR	200 % BR
• Auxiliaires médicaux	60 % BR	100 % BR	
• Analyses et Examens Biologie	60 % BR	100 % BR	
• Sages-femmes	60 % BR	100 % BR	
• Orthophoniste	60 % BR	115 % BR	

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS	Dépense engagée	BRSS	Remboursement Sécurité sociale	Régime DASSAULT Remboursement Maxi
• Consultation chez un médecin généraliste conventionné en Secteur 2 DPTM	41,00 €	30,00 €	19,00 €	24,00 €
• Consultation chez un médecin généraliste conventionné en Secteur 2 non DPTM	28,50 €	23,00 €	14,10 €	13,80 €
• Consultation chez un spécialiste conventionné en Secteur 2 DPTM	55,00 €	31,50 €	20,05 €	40,95 €
• Consultation chez un spécialiste conventionné en Secteur 2 non DPTM	41,00 €	23,00 €	14,10 €	25,30 €

Médecin conventionné secteur 1 :

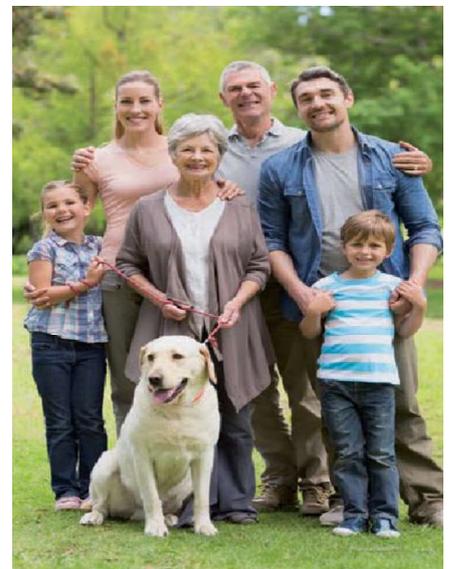
Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel (égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale).

Médecin conventionné secteur 2 :

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à pratiquer des dépassements avec tact et mesure. Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale mais sont pris en compte dans le calcul de remboursement de votre régime complémentaire.

Médecin non conventionné :

Certains médecins n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale et pratiquent des honoraires non encadrés. La Sécurité sociale calcule alors son remboursement sur la base d'un tarif symbolique : le Tarif d'Autorité (TA).



L'HOSPITALISATION

NATURE DES GARANTIES	Sécurité sociale	Remboursements y compris remboursements de la Sécurité sociale	
	Régime Général	Dépassements d'honoraires	
HOSPITALISATION 		Non DPTM	DPTM
• Frais de séjour	80 % BR / 100 % BR	100 % FR limité à 500 % BR	
• Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 % BR / 100 % BR	200 % BR	600 % BR
• Forfait journalier hospitalier	Néant	100 % FR	
• Forfait patient urgences	Néant	100 % FR	
• Chambre particulière	Néant	2,4 % PMSS / jour	
• Frais accompagnant (hébergement) pour les enfants de moins de 17 ans	Néant	1% PMSS / jour	

BR : Base de Remboursement Sécurité sociale / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur (Différence entre la BR et le RSS) / FR : Frais Réels

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

Le contrat prend en charge le forfait de 24 € pour les actes médicaux lourds > à 120 €.

-Le remboursement des médecins non conventionnés et les frais de séjour dans des établissements non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale



-Sont pris en compte les remboursements liées 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

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS	Dépense engagée	BRSS	Remboursement Sécurité sociale	Régime DASSAULT Remboursement Maxi
• Une nuit en chambre particulière dans un établissement conventionné	77,00 €	-	-	92,74 €
• Actes d'anesthésie adhérent DPTM	339,00 €	56,45 €	56,45 €	282,25 €
• Actes d'anesthésie non DPTM	113,00 €	56,45 €	56,45 €	56,45 €

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (au 01/01/2024 = 3 864 € / mois)



QUELQUES PRECISIONS SUR L'HOSPITALISATION

Forfait journalier

Le forfait journalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation.

Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le forfait hospitalier, fixé par arrêté ministériel, est égal à :

- **20€** par jour en hôpital ou en clinique,
- **15€** par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé, limité à 30 jours par an.

L'Assurance Maladie ne rembourse pas ce forfait mais il est pris en charge en cas de séjour psychiatrique.

Chambre particulière et frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 17 ans

La chambre particulière et les frais d'accompagnement d'un enfant ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale.

Participation forfaitaire de 24 €

Une participation forfaitaire de 24€ s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€.

Il existe des exceptions :

- certains actes et certains frais ne rentrent pas dans le champ d'application de cette participation forfaitaire de 24€ et sont pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale (radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique), frais d'hospitalisation à partir du 31^e jour d'hospitalisation consécutive ;
- les personnes prises en affection de longue durée (ALD) par l'Assurance Maladie sont exonérées de cette participation.

DEMANDER UNE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans un établissement conventionné, une prise en charge dispensant de l'avance des frais garantis par le contrat, est adressée à l'établissement hospitalier sur simple appel téléphonique.

Pour cela, contactez votre mutuelle

En précisant :

- N° adhérent
- Nom et prénom de l'assuré et de l'hospitalisé s'il est différent
- Date d'entrée et coordonnées de l'établissement hospitalier

QUELS SONT LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR ?

En l'absence de prise en charge, factures originales détaillées.



L'OPTIQUE

NATURE DES GARANTIES	Sécurité sociale	Remboursements y compris remboursements de la Sécurité sociale
Equipements « 100% Santé » - Classe A		
• Paire de lunettes (monture + verres simples / complexes / très complexes)		REMBOURSEMENT INTEGRAL
Equipements à tarifs libres - Classe B		
• Monture - Adulte 16 ans et plus	60% BR	100 €
• Monture - Enfant jusqu'à 15 ans inclus	60% BR	100 €
• Verre simple - Adulte 16 ans et plus	60% BR	120 €
• Verre simple - Enfant jusqu'à 15 ans inclus	60% BR	100 €
• Verre complexe - Adulte 16 ans et plus	60% BR	300 €
• Verre complexe - Enfant jusqu'à 15 ans inclus	60% BR	254 €
• Verre très complexe - Adulte 16 ans et plus	60% BR	350 €
• Verre très complexe - Enfant jusqu'à 15 ans inclus	60% BR	254 €
• Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	-	6 % PMSS / an / bénéficiaire
• Chirurgie corrective de l'œil (Kératotomie) (Chirurgie au laser, implant ou lentille intraoculaire)	-	350 € / œil

* Equipement (monture et 2 verres) tous les 2 ans

BR : Base de Remboursement Sécurité sociale / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / TM : Ticket Modérateur (Différence entre la BR et le RSS)

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



Le montant maximal de remboursement est par verre

✓ A noter

- Concernant les mineurs de moins de 16 ans ou en cas de besoin d'évolution de correction, le délai est de 12 mois entiers entre les 2 achats.
- En cas d'achat dissocié de l'équipement (*monture le 20 janvier et les verres le 31 juillet*), le délai de 24 mois court à compter de la date du premier achat de l'équipement, soit le 20 janvier dans cet exemple.
- Les filtres, prismes et adaptation de la prescription sont prises en charge sur 100 % la Base de la Sécurité sociale
- En cas de difficulté à supporter les verres progressifs, votre ophtalmologiste devra prescrire deux paires de verres simples (*l'une pour la vision de loin et l'autre pour la vision de près*).
- Votre opticien a l'obligation de vous présenter au moins un équipement 100 % SANTE (sans reste à charge).
- LPP : Liste des Produits et Prestations



QUELQUES PRECISIONS SUR L'OPTIQUE

Monture et verres

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 planchers et plafonds prévus à l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 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 corrigeant 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 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries.
- les verres dits « complexes » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
- les verres dits « hyper complexes » correspondent à un équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.



Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

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

Les 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 23,68 € (que les lentilles soient réutilisables ou non, journalières ou hebdomadaires) uniquement si vous souffrez d'astigmatisme irrégulier, de myopie égale ou supérieure à 8 dioptries, de strabisme accommodatif, d'aphakie anisométrie à 3 dioptries, 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 AUTRES POSTES

25

NATURE DES GARANTIES	Sécurité sociale	Remboursements y compris remboursements de la Sécurité sociale
PHARMACIE		
• Médicaments à Service Médical Rendu important	65% BR	100 % BR
• Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% BR	100 % BR
• Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR	100 % BR
• Homéopathie, Phytothérapie prescrite et non remboursée		30 € / an
DENTAIRE		
PANIER DE SOINS « 100% SANTÉ »		REMBOURSEMENT INTEGRAL
PANIER DE SOINS À TARIFS MAÎTRISÉS¹ OU LIBRES		
• Soins dentaires	60% BR	125 % BR
• Inlay/Onlay remboursés par la Sécurité sociale	60% BR	225 % BR
• Couronne fixe remboursée par la Sécurité sociale	60% BR	589 € / dent
• Couronne transitoire remboursée par la Sécurité sociale	60% BR	100 € / dent
• Inlay-Core	60% BR	540 % BR
• Autres actes prothétiques (dont prothèses amovibles et bridge) remboursés par la sécurité sociale	60% BR	540 % BR
• Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	430 % BR
• Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	600 € / semestre
• Parodontie – Endodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	490 € / an
• Prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale	-	300 € / an
• Implant dentaire (racine)	-	530 € / implant limité à 2 implants par an
• Implant (pilier)	-	100 € / pilier 2 max par an
AIDES AUDITIVES²		
Equipements « 100% Santé » - Classe I		REMBOURSEMENT INTEGRAL
Equipements à tarifs libres – Classe II		
• Prothèses auditives jusqu'à 20 ans inclus (par oreille et tous les 4 ans)	60% BR	1 700 €/ oreille
• Prothèses auditives 21 ans et plus (par oreille et tous les 4 ans)	60% BR	285 % BR
AUTRES PRESCRIPTIONS		
• Maternité	Néant	Pris en charge selon les couvertures Hospitalisation et Frais médicaux courants
• Forfait Adoption / Maternité - Prime par enfant inscrit dans les 3 mois de sa naissance ou adoption	Néant	150 € par enfant
• Orthopédie - Prothèses non dentaires	60% BR	360% BR (minimum de 40% PMSS pour les fauteuils roulants))
• Frais de Transport	65% BR	100 % BR
• Cure thermale acceptée Sécurité sociale	70% BR	100 % BR + 14 % PMSS / an
• Orthophoniste	60% BR	115 % BR
• Médecine douce : Ostéopathe / chiropracteur / étio-pathe / diététicien / acupuncteur / psychologue pour enfant de moins de 18 ans non pris en charge / naturopathe / psychomotricien, substituts nicotiniques ³	Néant	2,5 % PMSS / an

BR : Base de Remboursement Sécurité sociale / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / TM : Ticket Modérateur (Différence entre la BR et le RSS)

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

1 Les prix des prothèses à tarifs maîtrisés sont plafonnés aux Prix Limites de Vente fixés réglementairement et aux montants de 225% BR en Inlay Core et 550 € /acte en couronne fixe

2 entretien (y compris le changement des piles), réglages, réparation prothèses auditives réalisés par l'audioprothésiste : 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale

3 Substituts nicotiniques (pachs, gommes à mâcher ou produits pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale)

L'ensemble des prestations de prévention définies par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006 est pris en charge

QUELQUES PRECISIONS SUR LE DENTAIRE

Un inlay-onlay ?

Une pièce prothétique permettant de reconstituer la dent, par obturation de cavités moyennes ou de grande étendue, dans le cadre du traitement de la carie.

Une prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale

Entrent dans la catégorie prothèses dentaires remboursées : les couronnes, inlays-core, inlays-core à clavette, bridges et appareils dentaires.

Une prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale

Il s'agit d'une couronne apposée sur une dent pouvant être durablement reconstituée par obstruction (amalgame, inlay-core,...), dans le cadre, par exemple, de la pose d'un bridge (piliers). Dans ce cas, il n'y a pas de remboursement par la Sécurité sociale, mais votre mutuelle interviendra sur la base d'une prothèse dentaire.

Un implant

Une racine artificielle en titane fixée dans l'os de la mâchoire destinée à remplacer une racine dentaire perdue et à supporter une dent (ou un élément) prothétique. On distingue l'implant des autres éléments de la dent artificielle, à savoir le pilier implantaire qui est vissé dans l'implant et la prothèse scellée sur le pilier prothétique intermédiaire.

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.

Exemples de frais réels	BRSS	Remboursement Sécurité sociale	Remboursement MUTUELLE	Reste à charge
TRAITEMENT ORTHODONTIQUE DE 800 € PAR SEMESTRE				
800 €	193,50 €	193,50 €	606,50 €	0€
TRAITEMENT ORTHODONTIQUE DE 1 200 € PAR SEMESTRE				
1 200,00 €	193,50 €	193,50 €	638,50 €	368,00 €

	Exemples de frais réels	BRSS	Remboursement Sécurité sociale	Remboursement MUTUELLE	Reste à charge
IMPLANT DENTAIRE TARIFS LIBRES					
Implant racine	530,00 €	-	-	530,00 €	0,00 €
Pilier implantaire	200,00 €	-	-	100,00 €	100,00 €
Couronne sur implant	650,00 €	107,50 €	64,50 €	524,50 €	61,00 €
Total	1 380,00 €	107,50 €	64,50 €	1 154,50 €	161,00 €

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.



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 ;

Exemples de frais réels	BRSS	Remboursement Sécurité sociale	Remboursement MUTUELLE	Reste à charge
APPARAILLAGE ENFANT DE MOINS DE 21 ANS en classe II				
3 000,00 €	2 800,00 €	1 680,00 €	1 320,00 €	0 €
APPARAILLAGE ADULTE DE 21 ANS ET + en classe II				
3 000,00 €	800,00 €	480,00 €	1 800,00 €	720,00 €

✓ 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 fautive 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 à 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.

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

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.

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 de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO, 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 par 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».

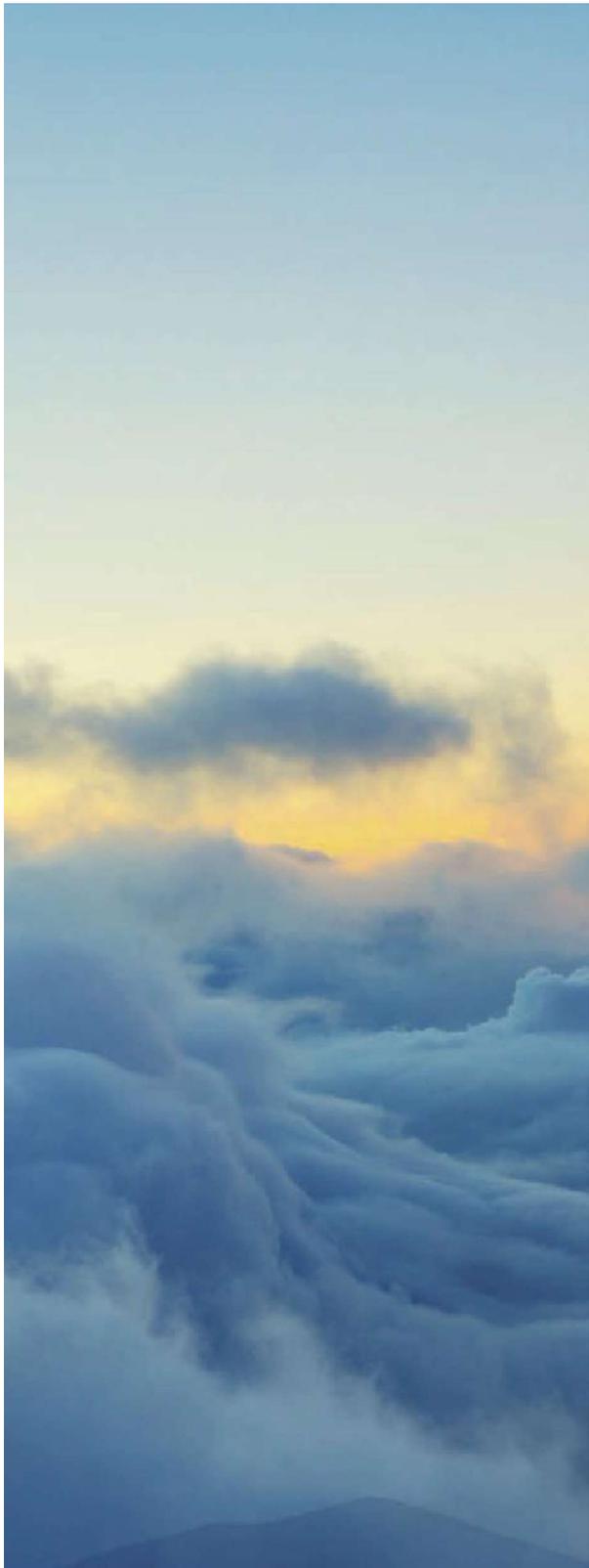
Grâce au régime frais de santé souscrit par votre employeur, vous avez accès à un vaste réseau mutualiste de soins et de services vous proposant :

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 oeuvre 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 ascendants;
- 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.

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 Prudenciel 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 la 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 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.

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 Jourdil 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 auprès de votre mutuelle (contact dans l'encadré sur 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.

COTISATIONS

STRUCTURE ET REGLEMENT DES COTISATIONS

Les actifs

Une structure de cotisations « Famille » est retenue et s'impose à vous. Votre part de cotisation est précomptée directement par votre employeur sur votre salaire.

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 PAIEMENT DES COTISATIONS

(Les modalités de paiement sont définies aux Conditions Générales et Particulières du contrat signé par DASSAULT et au bulletin d'adhésion pour l'adhésion facultative signé par le salarié)

1/ Pour l'adhésion obligatoire

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

« I. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du

droit pour la mutuelle ou l'union d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle ou l'union l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent I. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement...III. – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel. Les statuts de la mutuelle ou de l'union peuvent prévoir les conditions dans lesquelles la mutuelle ou l'union applique, à défaut du paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur ou poursuit en justice l'exécution du contrat. »

2/ Pour l'adhésion facultative

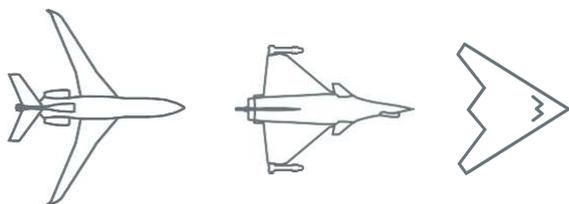
Le non-paiement des cotisations entraîne la mise en œuvre de la procédure prévue par l'article L. 221-8 du Code de la Mutualité qui dispose :

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

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

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

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



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 France Unie selon le 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.